15 16 Rapport annuel de gestion

Centre intégré de santé
et de services sociaux
de la Gaspésie

Québec

Cette publication est une production
du Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Gaspésie

215, boulevard de York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W2
Tél. : 418 368-3301
Téléc. : 418 368-6850
www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca

Le rapport annuel de gestion 2015-2016 a été adopté par le conseil d'administration lors de la séance régulière du 14 juin 2016, tenue à Carleton-sur-Mer.

Une copie de ce document est conservée dans les archives du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie.

Note
Dans ce texte, le masculin est utilisé dans son sens générique afin d'alléger le texte et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

LISTE DES ACRONYMES

A	AAOR	Accueil, évaluation, orientation et référence
	ACIIQ	Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec
	ACMQ	Association des conseils multidisciplinaires
	AMP	Activité médicale particulière
	ASI	Assistant en soins infirmiers
	ASSTAS	Association paritaire pour la santé et la sécurité au travail du secteur affaires sociales
	AVD	Aides de la vie domestique
	AVQ	Aides de la vie quotidienne
B	BARRI	Bilan annuel des réalisations en ressources informationnelles
C	CAUREQ	Centre d'appels urgents des régions de l'Est-du-Québec
	CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
	CECIIA	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
	CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
	CEPI	Candidat à l'exercice de la profession infirmière
	CEPIA	Candidat à l'exercice de la profession infirmière auxiliaire
	CH	Centre hospitalier
	CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
	CII	Conseil des infirmières et infirmiers
	CIIA	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
	CIR	Commission des infirmières régionale
	CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
	CLC	Comité local de concertation
	CLSC	Centre local de services communautaires
	CM	Conseil multidisciplinaire
	CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
	CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
	CPNSSS	Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux
	CR	Centre de réadaptation
	CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
	CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
	CTLab	Comité territorial des laboratoires
	CTRad	Comité territorial de radiologie
	CUCI	Comité des usagers du centre intégré

D	DI-TSA-DP	Déficience intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme - déficience physique
	DMÉ	Dossier médical électronique
	DMS	Durée moyenne de séjour
	DPAD	Direction des personnes ayant une déficience
	DQEPE	Direction qualité, évaluation, performance et éthique
	DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
	DRMG	Département régional de médecine générale
	DSI	Direction des soins infirmiers
	DSM	Direction des services multidisciplinaires
	DSPublique	Direction de santé publique
	DSQ	Dossier Santé Québec
E	ETC	Équivalent temps complet
G	GBM	Génie biomédical
	GIS	Groupe interdisciplinaire de soutien
	GMF	Groupe de médecine familiale
	GPI	Gestion des produits immunisants
I	INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
	IPM-R	Index-patient maître régional
	IPS	Infirmière praticienne spécialisée
	IRM	Imagerie par résonance magnétique
	ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
	IUCPQ	Institut Universitaire de cardiologie et de pneumologie du Québec
L	LMRSSS	Loi modifiant la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences
	LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
	LRR	Loi sur la représentation des ressources
	LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
M	MADO	Maladie à déclaration obligatoire
	MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
O	OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

P	PAR	Plan d'action régional
	PARI	Planification annuelle en ressources informationnelles
	PCEM	Plan de conservation des équipements médicaux et de mobilier
	PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
	PCI	Prévention et contrôle des infections
	PDG	Présidente-directrice générale
	PDSB	Principes pour déplacement sécuritaire de bénéficiaire
	PEM	Plan d'effectifs médicaux
	PETRAAS	Programme d'évaluation, de traitement et de recherche auprès des auteurs d'agressions sexuelles
	PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
	PIJ	Programme intégration jeunesse
	PMU	Plan de mesures d'urgence
	PNSP	Programme national en santé publique
	PREM	Plan régional d'effectif médical
	PRET	Programme de réintégration au travail
	PTPARI	Planification triennale des projets et des activités en ressources informationnelles
Q	QVAT	Qualité de vie au travail
R	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
	RCR	Réanimation cardio-respiratoire
	RI-RTF	Ressource intermédiaire - ressource de type familiale
	RPA	Résidence privée pour aînés
	RLS	Réseau local de services
	RTS	Réseau territorial de services
S	SAD	Soutien à domicile
	SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
	SEGA	Service externe de gériatrie ambulatoire
	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
	SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
	SIV-SIM	Soutien d'intensité variable et suivi intensif en équipe dans le milieu
	SQETGC	Service québécois d'expertise des troubles graves de comportement
T	TAP	Technicien ambulancier paramédic
	TIR-SHV	Table intersectorielle régionale en saines habitudes de vie
U	UMF	Unité de médecine familiale
	URDM	Unités de retraitement des dispositifs médicaux
	URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

TABLE DES MATIÈRES

LE MESSAGE DES AUTORITÉS 3

LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS 5

LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS 6

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION 11

LE COMITÉ DE VÉRIFICATION 12

LE COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE 13

LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ 14

LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES 16

LE COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES 20

LE COMITÉ DE COORDINATION CLINIQUE 21

LE COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP) ... 23

LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG) 25

LE COMITÉ RÉGIONAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES (CRSP) 27

LE COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CECII) 28

LE COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES (CECIIA) .. 30

LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE (CIR) 31

LE COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM) 32

LE COMITÉ DES USAGERS DU CENTRE INTÉGRÉ (CUCI) 34

LES FAITS SAILLANTS DU CISSS DE LA GASPÉSIE 36

LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 40

LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE 71

LA DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE 76

LA DIRECTION DU PROGRAMME JEUNESSE 79

LE PROGRAMME D'ÉVALUATION, DE TRAITEMENT ET DE RECHERCHE AUPRÈS DES AUTEURS D'AGRESSIONS SEXUELLES (PETRAAS) 80

LA DIRECTION DES PROGRAMMES DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI), TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA) ET DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP) 84

LA DIRECTION DU PROGRAMME SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES 87

LA DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE, DÉPENDANCE ET SERVICES PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX 89

LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS 92

LA DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS 96

LA DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES 100

LA DIRECTION QUALITÉ, ÉVALUATION, PERFORMANCE ET ÉTHIQUE 107

LA DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES 114
LA DIRECTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES 119
LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, DES COMMUNICATIONS ET DES AFFAIRES JURIDIQUES 123
LA DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET DE L'APPROVISIONNEMENT 128
LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ 129
L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE 135
LES RESSOURCES HUMAINES 137
LES RESSOURCES FINANCIÈRES 140
LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 169
LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS 187

Nous vous présentons avec grand plaisir le tout premier rapport annuel de gestion du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie. Cette première année d'exercice a été marquée, certes, par un vent de changement, mais également par un important lot d'efforts déployés par chaque cadre, membre du personnel, médecin, dentiste et pharmacien. Ce fût une année mouvementée, il faut le reconnaître. Nous avons été en mesure de surmonter les moments plus difficiles grâce à la force de l'équipe et à l'expertise de tous. Cette énergie a permis de maintenir et d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services offerts à la population dans un contexte de grande transformation.

Notre organisation a su saisir les leviers et les occasions dégagés par la mise en place de la Loi modifiant la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences (LMRSSS) pour évaluer les façons de faire et leur pertinence afin de créer de la valeur ajoutée pour la clientèle. L'intégration a été et demeure le point central de la transformation de notre réseau. C'est ainsi que nous avons fait de grands progrès autant sur le plan clinique, qu'administratif et financier.

La fusion des anciens établissements a permis, sur le plan clinique, d'améliorer la fluidité de l'épisode de certains services, en intégrant les équipes de la première et de la deuxième ligne et en réalisant la refonte des pratiques.

Les premières actions de la transformation ont été la mise en place d'une toute nouvelle structure de gouvernance. Ainsi, autant pour les directions administratives que cliniques, le modèle de gestion a entièrement été revu pour mettre l'emphase sur le client et la continuité de service. La première phase qui a touché les cadres administratifs s'est achevée en octobre 2015. Par la suite, la refonte s'est concrétisée pour les cadres cliniques qui sont entrés en poste en janvier 2016. Notre organigramme compte désormais 118 cadres engagés à faire de notre organisation un CISSS performant pour toute la population.

De plus, le 1er octobre 2015, était nommé par le ministre le tout premier conseil d'administration du CISSS de la Gaspésie. Ce sont des personnes des quatre coins de la Gaspésie aux compétences diverses qui se dévouent à s'assurer que le CISSS de la Gaspésie offre des services accessibles, de qualité et sécuritaires à la population.

Par ailleurs, sur le plan administratif, chaque direction support a réalisé un travail pour simplifier les processus, tout en s'assurant d'être présente dans chaque réseau local de services. La structure adoptée, propre à chacune de ces directions, permet de bien répondre aux enjeux d'un établissement couvrant un grand territoire comme le nôtre tout en étant efficace et efficient.

Au plan financier, le CISSS de la Gaspésie avait, en début d'année, un grand défi à relever inscrivant un déficit anticipé de 21 M $. Un plan d'équilibre budgétaire a été mis en place et l'équipe de direction s'est donné comme philosophie de gestion de questionner la pertinence de chaque activité. Cette rigueur permet de déployer les meilleures pratiques au bénéfice du client et de l'organisation. Ainsi, en s'assurant de toujours avoir la bonne personne, au bon endroit, recevant le bon service avec le bon intervenant, nous avons fait des gains importants et présenté des résultats financiers plus que satisfaisants.

Bien que nous ayons parcouru un long trajet en 2015-2016, il reste d'autres pas à faire, en 2016-2017, pour faire du CISSS de la Gaspésie une organisation performante. Il sera important de pérenniser les changements apportés et d'avancer dans ceux à venir. Il faudra poursuivre les réflexions sur nos méthodes de travail et nos pratiques, afin d'en dégager les pistes d'amélioration et d'optimisation. La quête de la performance est un travail de tous les jours où chaque petit geste compte.

En terminant, nous tenons à réitérer que les résultats présentés dans ce rapport sont le fruit de l'implication et du dévouement de chaque cadre, membre du personnel, médecin, dentiste et pharmacien. Tout un chacun a fait preuve de courage et de persévérance dans cette année sous le signe du changement et de la transformation. Il est également important de souligner l'implication de nos bénévoles qui sont plusieurs centaines à se mobiliser chaque jour pour apporter support et réconfort à notre clientèle. Il nous faut également mentionner les efforts accomplis par les membres du nouveau conseil d'administration, ceci, dès leur entrée en fonction. De plus, le CISSS de la Gaspésie peut compter sur de nombreux partenaires qui ont eux aussi à cœur la santé et le bien-être de la population.

Vous êtes le CISSS de la Gaspésie et pouvez être fiers du travail accompli.

Chantal Duguay
Présidente-directrice générale

Richard Loiselle
Président du conseil d'administration

La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

À titre de président-directrice générale du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie (CISSS), j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2015-2016 du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2016.

Chantal Lheureux

Présidente-directrice générale

La présentation de l'établissement et les faits saillants

Le CISSS de la Gaspésie est au cœur d'un vaste réseau territorial de services (RTS) qui compte 49 installations. Il assume la responsabilité populationnelle à l'égard de l'état de santé et de bien-être de tous les Gaspésiens.

Né de la fusion des centres de santé et de services sociaux ainsi que du centre de réadaptation et du centre jeunesse de sa région, il est responsable d'assurer l'accessibilité à des soins et services de qualité pour répondre aux besoins de sa population. Il veille à l'organisation de soins et services complémentaires, assurant des trajectoires fluides à ses différentes clientèles, et ce, grâce à une véritable intégration des services généraux et spécialisés pour chacun des volets de sa mission : centre hospitalier (CH), centre local de santé courant (CLSC), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et centre de réadaptation (CR).

De plus, il a la responsabilité de conclure des ententes avec les organisations partenaires de son RTS telles que les cliniques médicales, les groupes de médecine familiale (GMF), les cliniques réseaux, les organismes communautaires, les pharmacies communautaires, les partenaires externes, etc.

La mission

Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

La vision

Des soins de santé et de services sociaux accessibles et efficients, qui s'adaptent aux besoins des Québécois.

Notre système de santé et de services sociaux doit veiller à :

- **L'accessibilité des soins et des services**, ce qui suppose de fournir les soins et les services requis, à l'endroit et au moment opportun, mais également d'assurer un accès équitable à ceux-ci, en fonction des seuls besoins des personnes, sans égard à des caractéristiques personnelles comme le revenu, l'éducation, le lieu de résidence, etc.

- **La qualité des soins et des services offerts**, ce qui implique que ceux-ci soient efficaces (c'est-à-dire de nature à améliorer la santé et le bien-être) et sécuritaires. On doit aussi pouvoir les adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers (réactivité) et les fournir de manière coordonnée et intégrée (continuité).

- **L'optimisation des ressources**, ce qui demande de savoir utiliser les ressources disponibles de façon efficiente, mais aussi d'une manière à en assurer la pérennité (viabilité).

Le Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) 2015-2020

Le Plan stratégique du MSSS 2015-2020 présente les orientations stratégiques, les objectifs et les indicateurs de résultats que fixe le Ministère, tant pour lui-même que pour son réseau, de manière à répondre aux enjeux auxquels devra faire face le secteur de la santé et des services sociaux au cours des cinq prochaines années.

Le Ministère et son réseau seront confrontés à trois grands enjeux dans la réponse qu'ils apporteront aux besoins de la population québécoise au cours de la période 2015-2020. Ces enjeux correspondent par ailleurs à des gains dont pourraient bénéficier tant la population que le système de santé et de services sociaux. De chaque enjeu découle une orientation des axes et des objectifs. Au total, ce sont 22 objectifs qui doivent être atteints dans le cadre de cette planification.

Enjeu 1 : De nouveaux gains en matière de santé de la population

Orientation : Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé

Les axes : Habitude de vie
Prévention des infections

Enjeu 2 : Un système centré sur les usagers et adapté à leurs besoins

Orientation : Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers

Les axes : Première ligne et urgence
Services spécialisés
Sécurité et pertinence
Personnes âgées
Personnes vulnérables

Enjeu 3 : Des ressources mobilisées vers l'atteinte de résultats optimaux

Orientation : Implanter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement

Les axes : Mobilisation du personnel
Organisation efficiente

Les valeurs

Les valeurs du CISSS de la Gaspésie sont :

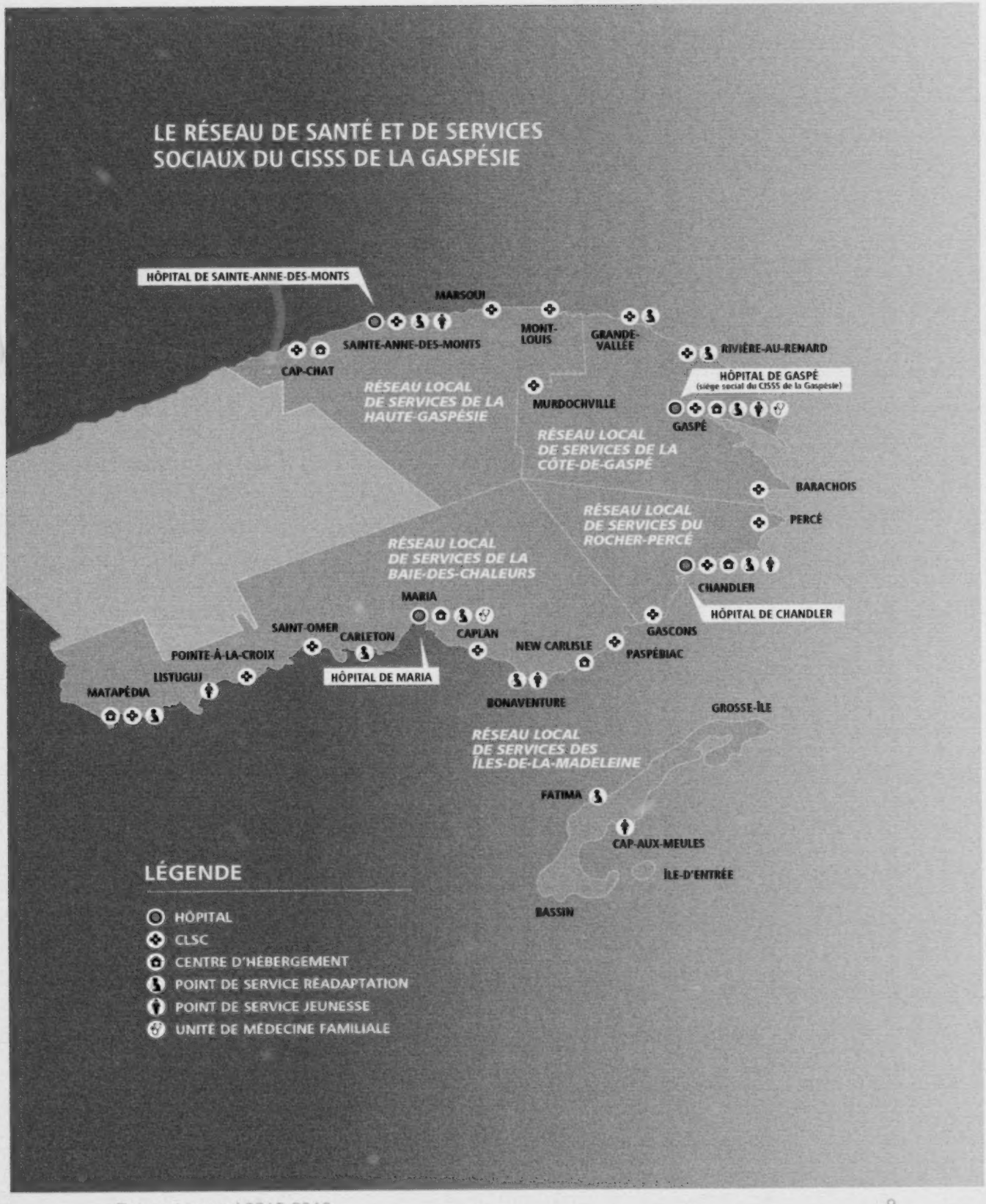
- **La prévoyance :** consiste à faire preuve de sensibilité et d'ouverture, afin de mieux voir venir. La prévoyance, c'est l'attention que l'on porte à la clientèle, à ses proches, aux autres personnes, aux choses, aux situations et aux décisions, en anticipant les événements à venir et en considérant leurs impacts sur la clientèle. La prévoyance nous aide, dans des contextes empreints d'incertitudes, à anticiper, à prendre les précautions nécessaires et à prévoir ce qui est préférable et meilleur pour que l'expérience de notre client soit la plus positive possible.

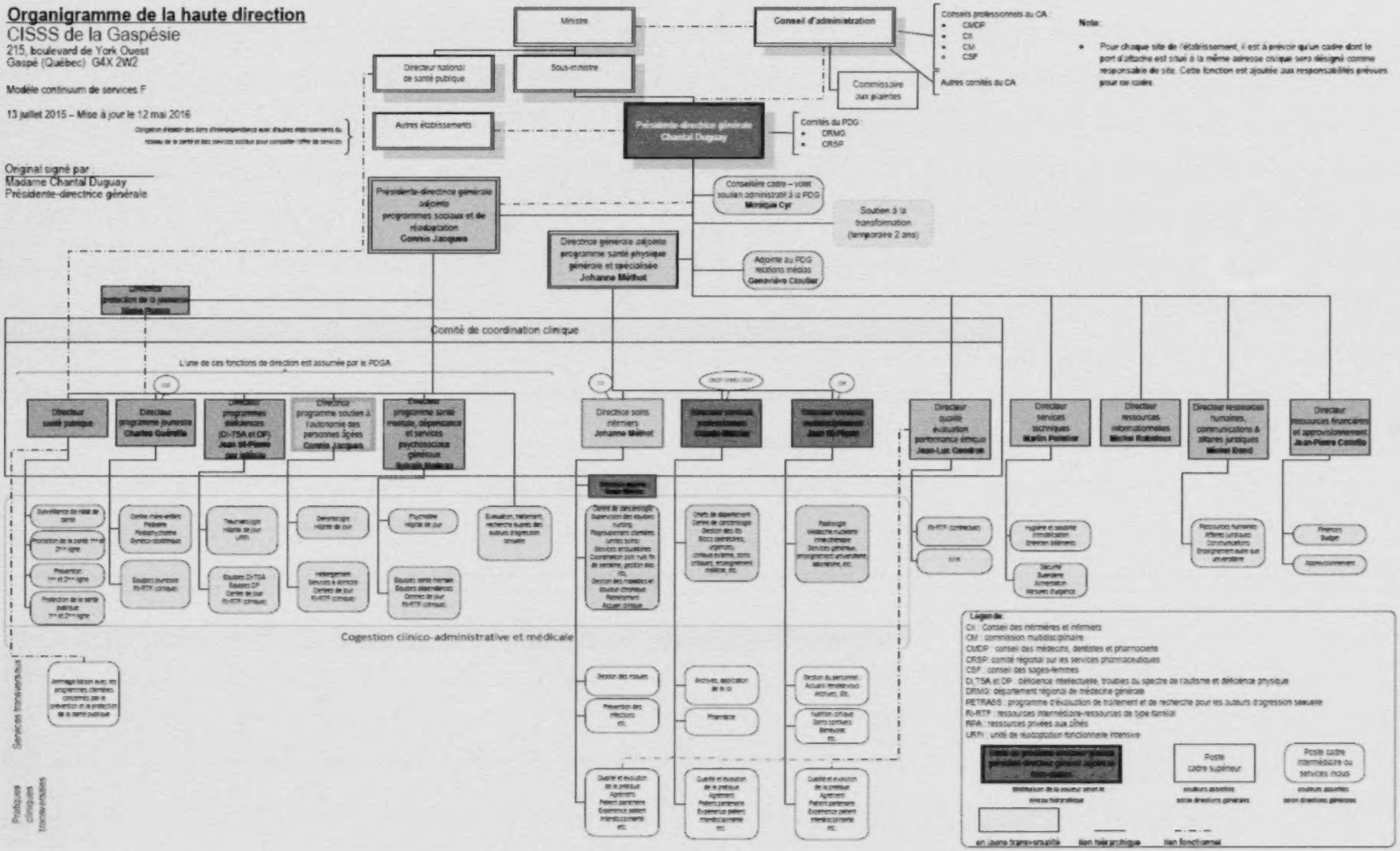
- **La bienveillance :** action d'exercer une vigilance permanente sur le bien-être de sa clientèle. Agir avec bienveillance, c'est anticiper dans un état d'esprit d'indulgence et de compréhension, afin que le processus de soins ou de services se passe le mieux possible. La bienveillance suppose aussi que cette vigilance s'exerce dans un souci de bien-être professionnel de ses collègues, sur l'efficacité de l'équipe de travail et sur la cohérence par rapport aux valeurs de l'organisation.

- **La collaboration :** travailler et réfléchir avec la clientèle et ses collègues dans un sens commun en s'associant ensemble. Agir en partenariat avec la clientèle et son entourage ainsi qu'avec ses collègues de travail dans la recherche de la collaboration. Celle-ci encourage l'introspection de comportements visant la meilleure performance possible. Elle vise une communication efficace dans une perspective de savoir-être ensemble.

- **La compétence :** qualification professionnelle qui se décline en savoir (connaissances), en savoir-faire (pratiques) et en savoir-être (comportements relationnels) mobilisable, qui s'acquiert dans l'action et qui est nécessaire à l'exercice d'une activité professionnelle.

LE RÉSEAU DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CISSS DE LA GASPÉSIE




Organigramme de la haute direction
CISSS de la Gaspésie
215, boulevard de York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W2
Modèle continuum de services F
13 juillet 2015 – Mise à jour le 12 mai 2016
Original signé par
Madame Chantal Duguay
Présidente-directrice générale
Ministre
Conseil d'administration
Conseils professionnels au CA :
CMDP
CII
CM
CSF
Autres comités du CA
Note:
Pour chaque site de l'établissement, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable de site. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.
Directeur national de santé publique
Sous-ministre
Commissaire aux plaintes
Autres établissements
Présidente-directrice générale
Chantal Duguay
Comités du PDG :
DRMG
CRSP
Présidente-directrice générale adjointe programmes sociaux et de réadaptation
Connie Jacques
Conseillère cadre – volet soutien administratif à la PDG
Monique Cyr
Soutien à la transformation (temporaire 2 ans)
Directrice générale adjointe programme santé physique générale et spécialisée
Johanne Méthot
Adjointe au PDG relations médias
Geneviève Cloutier
Comité de coordination clinique
L'une de ces fonctions de direction est assumée par le PDGA
Directeur santé publique
Directeur programme jeunesse
Charles Guérette
Directeur programmes déficiences (DI-TSA et DP)
Jean St-Pierre par intérim
Directrice programme soutien à l'autonomie des personnes âgées
Connie Jacques
Directeur programme santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux
Sylvain Dubeau
Directrice soins infirmiers
Johanne Méthot
Directeur qualité, évaluation, performance éthique
Jean-Luc Cendron
Directeur services techniques
Martin Perreiter
Directeur ressources informationnelles
Michel Rabideau
Directeur ressources humaines, communications & affaires juridiques
Michel Dorel
Directeur ressources financières et approvisionnement
Jean-Pierre Cotnoir
Cogestion clinico-administrative et médicale
Services transversaux
Pratiques cliniques transversales
Légende :
CII : Conseil des infirmières et infirmiers
CM : commission multidisciplinaire
CMDP : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRSP : comité régional sur les services pharmaceutiques
CSF : conseil des sages-femmes
DI-TSA et DP : déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique
DRMG : département régional de médecine générale
PETRASS : programme d'évaluation de traitement et de recherche pour les auteurs d'agression sexuelle
RI-RTF : ressources intermédiaire-ressources de type familial
RPA : ressources privées aux aînés
URFI : unité de réadaptation fonctionnelle intensive
Poste cadre supérieur
Poste cadre intermédiaire ou services mixtes
lien fonctionnel

Le conseil d'administration

Membres désignés

Dr Michel-Xavier Simard - Département régional de médecine générale (DRMG)
Dre Josée Duguay - Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
Mme Sabrina Tremblay - Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
Mme Marcelle Leblanc - Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
M. Kevin Lavoie - Conseil multidisciplinaire (CM)
Mme Jacqueline C. Babin - Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Membres nommés

Mme Chantal Duguay - PDG du CISSS
Mme Yolaine Arseneau - Milieu de l'enseignement

Membres indépendants

M. Richard Loiselle - Président - Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
M. Gilles Cormier – Vice-président - Expertise en réadaptation
Mme Ann Béland - Compétence en gouvernance ou éthique
M. Jean-Marc Landry - Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
M. Mark Georges - Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
Absence de nomination - Expertise dans les organismes communautaires
M. Médor Doiron - Expertise en protection de la jeunesse
Absence de nomination - Expertise en santé mentale
Mme Nicole Bertrand Johnson - Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux
M. Philippe Berger – représentant des fondations

Le conseil d'administration du CISSS de la Gaspésie a officiellement été nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux le 1er octobre 2015. Par la suite, huit séances ont eu lieu, soit trois séances ordinaires et cinq séances extraordinaires.

Les membres du conseil d'administration ont reçu, en octobre 2015, une formation dispensée par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans l'optique de mieux comprendre leurs rôles et responsabilités ainsi que le mandat qui leur a été confié.

Pour l'année 2015-2016, aucun cas de manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été soulevé. Une copie de ce document se trouve en annexe du présent rapport annuel ainsi que sur le site Internet du CISSS de la Gaspésie à l'adresse www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca.

Le comité de vérification

M^me^ Yolaine Arseneau
M^me^ Nicole Johnson
M. Jean-Marc Landry, président
M^me^ Chantal Duguay, présidente-directrice générale
M. Richard Loiselle, président du conseil d'administration

Le comité de vérification a été constitué le 28 octobre 2015. Les responsabilités de ce comité sont, notamment :

- de s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;
- de s'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- de réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
- de examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration;
- de recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
- de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et de s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats;
- de formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne;
- de réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie le conseil d'administration (art. 181.0.0.3, LSSSS).

En 2015-2016, le comité a tenu trois rencontres. Les principaux sujets traités ont été la situation financière de l'établissement, la politique d'approvisionnement et de gestion contractuelle et l'importance de l'inscription au registre des lobbyistes des fournisseurs faisant ou voulant faire affaire avec le CISSS de la Gaspésie.

Le comité de gouvernance et d'éthique

M^me^ Ann Béland
M. Gilles Cormier, président
D^re^ Josée Duguay
M. Kevin Lavoie
M^me^ Chantal Duguay, présidente-directrice générale

Le comité de gouvernance et d'éthique a été constitué le 28 octobre 2015. Ce comité exerce les fonctions prévues par la LSSSS. De façon plus spécifique, le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

- des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, c. M-30);
- des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
- un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- en outre, il doit procéder à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, selon les critères approuvés par le conseil d'administration (art. 181.0.0.1, LSSSS).

Il a tenu deux rencontres en 2015-2016. Le dossier principal qui a été traité par les membres a été l'analyse et la préparation de l'adoption du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

Le comité de gouvernance et d'éthique s'est donné les priorités d'action suivantes pour l'année 2016-2017 :

- intégrer les différents mécanismes de consultation éthique clinique disponibles dans le CISSS de la Gaspésie;
- mettre en place un cadre de référence éthique dans le CISSS de la Gaspésie;
- mettre en place un mécanisme d'évaluation annuelle des activités du conseil d'administration;
- collaborer à la mise en place d'un code d'éthique du CISSS de la Gaspésie.

Le comité de vigilance et de la qualité

M[me] Ann Béland, présidente
M[me] Jacqueline Babin
M. Médor Doiron
M[me] Chantal Duguay, présidente-directrice générale
M[me] Caroline Plourde, commissaire aux plaintes

Le comité de vigilance et de la qualité a été constitué le 28 octobre 2015. Il veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés et le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

- recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;
- établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au conseil d'administration;
- faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
- assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il lui a faites;
- veiller à ce que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3, LSSSS).

Le comité de vigilance et de la qualité a été informé, à chaque rencontre, par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services des principales recommandations émises par cette dernière. Toutefois, aucun suivi particulier n'a été déposé aux membres du conseil d'administration.

Par ailleurs, les membres ont été informés des faits saillants en matière de gestion des risques. Ils ont également reçu les suivis de l'agrément et des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD et en RI-RTF qui ont eu lieu en 2015-2016. Aucune conclusion ni aucun suivi particulier n'a été déposé aux membres du conseil d'administration.

Le comité de vigilance et de la qualité s'est donné les priorités d'action suivantes pour l'année 2016-2017 :

- harmoniser les procédés administratifs en matière de qualité et de gestion des risques;
- améliorer la culture de la mesure de la performance en matière de qualité et des risques;
- élaborer une approche : « expérience client »;
- mettre en place un mécanisme de communication entre le comité de vigilance et le comité des usagers du centre intégré.

Le comité de gestion des risques

Depuis décembre 2002, la gestion des risques dans les organisations de santé et de services sociaux est une obligation légale, soit depuis l'adoption de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. L'article 183.1 de la LSSSS établit que le plan d'organisation de tout établissement doit prévoir la formation d'un comité de gestion des risques.

Ce comité a notamment pour fonction de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- identifier et analyser les risques d'incidents ou d'accidents en vue d'assurer la sécurité des usagers;
- assurer qu'un soutien sera apporté à la victime et à ses proches;
- assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes de ceux-ci et recommander, au conseil d'administration de l'établissement, la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et de ces accidents, ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

La création d'un comité régional de gestion des risques du CISSS de la Gaspésie a été élaborée en 2015-2016. Le règlement sur le fonctionnement de ce comité a été présenté, pour information, aux membres du conseil d'administration. Son adoption est prévue en 2016.

Dans l'intervalle, le CISSS de la Gaspésie a maintenu ses activités locales par ancien établissement. Ainsi, les personnes suivantes ont été désignées pour les suivis des dossiers de la gestion des risques en 2015-2016 :

- RLS de la Baie-des-Chaleurs : M^{me} Christine Arsenault.
- RLS du Rocher-Percé : M^{me} Marcelle Leblanc.
- RLS de La Côte-de-Gaspé : M^{me} Sandra Cassivi-Bouchard.
- RLS de La Haute-Gaspésie: M^{me} Jessie Robinson.
- Programme Jeunesse et DI-TSA et DP : M^{me} Lise Cotton.

Les quatre RLS ainsi que les deux établissements régionaux (centre jeunesse et centre de réadaptation) ont continué à fournir les statistiques tirées du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) du ministère de la Santé et des Services sociaux.

En 2015-2016, les tableaux de bord étaient diffusés selon les canaux de communication en vigueur dans les anciens établissements, avant la LMRSSS (maintien des tableaux de bord aux trois périodes pour l'année 2015-2016). À partir du 1er avril 2016, un tableau de bord du CISSS de la Gaspésie sera diffusé dans l'organisation.

Pour l'année 2016-2017, le comité de gestion des risques régional déterminera le processus d'encadrement pour la gestion des déclarations des accidents et des incidents. Le nouveau rôle contemporain du gestionnaire sera mis de l'avant pour une meilleure prise en charge du suivi sur le terrain. L'objectif étant d'améliorer la prévention et les interventions du gestionnaire directement dans les équipes de travail.

Principaux risques d'incidents/accidents

Pour l'année 2015-2016, voici le pourcentage de déclaration par objet :

- 33 % des déclarations étaient des chutes;
- 31 % des déclarations étaient des erreurs de médicaments;
- 36 % des déclarations étaient inscrites dans la catégorie : autres objets (actes de violences entre usagers, bris de matériel, erreurs de laboratoire, erreurs de procédures, etc.).

Au total, 64 % des déclarations (incidents et accidents) étaient soit : des erreurs de médicaments et/ou des chutes. En 2016-2017, le CISSS de la Gaspésie travaillera sur l'élaboration d'un plan d'action pour le MSSS, en réponse aux recommandations du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins, qui a identifié ces deux domaines (erreurs de médicaments et/ou chutes) comme des priorités d'action.

Voici les pistes d'amélioration identifiées à partir des déclarations 2015-2016 :

- instaurer une procédure d'entretien préventif des systèmes de surveillance électronique dans les centres d'hébergement;
- revoir la procédure d'administration des médicaments à haut risque (révision de la feuille d'administration des médicaments (FADM) par 2 personnes distinctes; nouvelle prescription des antibiotiques pour les bébés de 7 jours et moins à chaque jour; etc.);
- analyser et mettre en place des processus visant la diminution des erreurs d'omission en soins de courte ou de longue durée.

Par ailleurs, la Direction qualité, évaluation, performance et éthique a traité différents dossiers administratifs dans le cadre de la gestion des risques :

- élaboration d'un règlement sur le fonctionnement du comité régional de gestion des risques;
- mise en place de la structure régionale et implantation, en 2016-2017, des structures locales;
- élaboration des politiques de gestion des risques (approbation prévue à l'automne 2016) :
  - Règlement portant sur la divulgation des informations à un usager suite à un accident;
  - Règlement sur la déclaration des incidents et des accidents;
  - Règlement sur les événements sentinelles.

Recommandations et suivis effectués

Toujours dans le but d'assurer une prestation sécuritaire des soins et des services, un suivi des événements sentinelles a été effectué dans le CISSS de la Gaspésie.

Les événements sentinelles sont des événements qui ont ou auraient pu avoir des conséquences catastrophiques ou qui se sont produits à grande fréquence, même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

Voici un résumé des suivis faits à la suite d'un événement sentinelle, par RLS :

RLS de la Baie-des-Chaleurs :

Révision de l'algorithme, à la suite d'un code bleu.
Audits de dossiers à prévoir (suivi à faire en 2016-2017).

Décès d'un résident en hébergement.
Déclaration à l'aide du formulaire : rapport sur les piégeages et les chutes causés par les lits – Santé Canada. Dossier sans recommandation.

Décès et chute d'un résident en hébergement.
Analyse de mesures de contrôle et de contentions en hébergement.

RLS du Rocher-Percé

Trente spécimens du laboratoire (transport inadéquat).
Usagers joints par téléphone. Nouveaux rendez-vous donnés. Médecins traitants avisés des retards engendrés.

RLS de La Côte-de-Gaspé

Deux chutes (hébergement).
Application de procédure de gestion des ressources humaines et rappel de la confidentialité; mise à jour d'une procédure.

Erreur de médicament à la pouponnière (double dose).
Assurer l'application des meilleures pratiques lors de l'administration des médicaments.

Mesures de soutien :

- *traitement de physiothérapie et laissez-passer temporaire pour le stationnement (chute dans le stationnement de l'hôpital et réparation du stationnement).*
- *frais de transport adapté payés de Rimouski vers Gaspé.*

RLS de La Haute-Gaspésie

Révision du code bleu et formation en réanimation cardio-respiratoire (RCR) donnée à 80 personnes (problème d'équipement).
Implantation d'un calendrier de pratiques aléatoires en code bleu.

Erreur de médicament à haut risque.
Élaboration d'un outil d'évaluation de la compétence infirmière.

Erreur de soluté.
Diffusion, sur l'intranet, d'une vidéo d'apprentissage du RLS de la Baie-des-Chaleurs sur les pompes à perfusion.

Mesures de soutien :
Déplacement payé pour validation d'un test urgent à Rimouski.

Programme Jeunesse
Fugue qui a fait l'objet d'une analyse avec l'Hôpital de Gaspé.
Révision de la garde lors d'un examen hors de l'unité d'hébergement (Unité la Balise).

Tentative de suicide.
Suivi en psychologie et support apporté au jeune.

Programme DI-TSA et DP
Mesures préventives mises en place pour prévenir ies chutes fréquentes d'un usager.

Le comité des ressources humaines

M^me^ Chantal Duguay, présidente-directrice générale
M^me^ Ann Béland
M. Médor Doiron
M. Richard Loiselle, président
M. Gilles Cormier, vice-président
M. Michel Bond, secrétaire

Le comité des ressources humaines a été constitué le 22 mars 2016. Son principal mandat est de recevoir et d'analyser les études et les rapports concernant l'état des relations de travail, le climat organisationnel, la présence au travail, le développement des compétences et la planification des ressources humaines.

Dans son rôle de vigie, le comité pourra également aborder d'autres sujets pertinents, s'il y a lieu, et présenter des avis et des recommandations au conseil d'administration.

Le comité de coordination clinique

M^me^ Connie Jacques, présidente-directrice générale adjointe et directrice du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
M^me^ Johanne Méthot, directrice générale adjointe
D^r^ Claude Mercier, directeur des services professionnels
M. Sylvain Nadeau, directeur des programmes santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux
M. Jean St-Pierre, directeur des services multidisciplinaires et directeur des programmes DI-TSA-DP, par intérim
M. Charles Guérette, directeur du programme Jeunesse
M^me^ Renée Rivière, directrice adjointe à la Direction des soins infirmiers
M. Jean-Luc Gendron, directeur qualité, évaluation, performance et éthique
** Selon les sujets traités, d'autres personnes peuvent être invitées à participer au comité. Aucune délégation ne sera possible.*

Le comité de coordination clinique assure la mise en place d'actions déterminées dans l'article 1 de la LMRSSS. Ce comité est au cœur de la réforme.

Le comité vise à assurer l'accessibilité, le continuum, l'intégration et la fluidité des soins et services offerts par l'établissement à travers les directions. Dans un souci d'une saine gestion de performance globale et dans un esprit d'optimisation et d'efficience, il planifie, coordonne et s'assure de la mise en œuvre, pour l'ensemble des activités cliniques, des actions à court et à moyen termes qui doivent permettre d'améliorer les services à la population.

Mandat

Le comité de coordination clinique a pour mandat de planifier, intégrer et mettre en œuvre des actions visant à améliorer l'accessibilité aux soins et services cliniques offerts par l'organisation, à l'aide d'indicateurs et de paramètres d'évaluation de la performance. La perspective du comité de coordination clinique est de soutenir une collaboration et une réelle intégration des services de santé et des services sociaux.

Ce comité représente la gouvernance clinique de l'établissement. En effet, il représente le « leadership » clinique de l'établissement et permet de s'assurer de la collaboration et de la cohésion dans l'interdépendance clinique. Il sert de guide et soutient les processus de changement dans les étapes, vers l'atteinte des résultats fixés. La sélection d'indicateurs stratégiques et pertinents permet d'appuyer le démarrage des transformations prioritaires, de décrire et suivre les changements désirés par le comité de coordination clinique et d'évaluer les résultats.

La Direction qualité, évaluation, performance et éthique assure le suivi par des tableaux à développer.

Les réalisations

En 2015-2016, le comité a tenu une rencontre et a réalisé différents travaux préalables et en continuité.

Conformément au sens de la réforme instauré par l'entrée en vigueur de la LMRSSS, le comité de coordination clinique a initié les premières actions visant la nouvelle gouvernance clinique, qui doit passer de la coordination à l'intégration. L'objectif est de faire vivre l'axe horizontal en assumant un leadership décisionnel sur les enjeux d'intégration et de performance.

Par ailleurs, le comité a collaboré à la réalisation d'une cartographie des responsabilités de chaque direction concernée par les RI-RTF. Ce dossier était mené par la Direction qualité, évaluation, performance et éthique et était la première étape de la transformation du réseau des RI-RTF.

L'intégration étant le point de mire de la transformation du réseau, le comité a identifié deux projets pour lesquels l'amélioration de l'intégration permettra de créer de la valeur ajoutée pour la clientèle. Ces projets touchent la Direction des programmes DI-TSA-DP et la Direction du programme Jeunesse.

Les directions des programmes déficiences et du programme Jeunesse ont collaboré à la révision du programme de l'unité de réadaptation jeunesse Le Rivage. Le programme global ainsi que le portrait de la clientèle cible ont entièrement été revus.

Conformément aux priorités ministérielles, le comité de coordination clinique a travaillé sur la mise en place d'un guichet unique pour les consultations en médecine spécialisée. Ce guichet facilitera la prise en charge du patient entre le médecin de famille et le médecin spécialiste, améliorant ainsi le continuum de services.

RLS de La Côte-de-Gaspé
Dr Jean-François Lefebvre, médecin de famille
(président de l'exécutif);
Dre Audrey Perry-Melançon, médecin de famille.

RLS du Rocher-Percé
Dre Claudia Dumont, médecin de famille;
Dr Joseph Chebib, chirurgien général.

RLS de la Baie-des-Chaleurs
Dre Isabelle Mathieu, médecin de famille;
Mme Marie-France Otis, pharmacienne;
Dr Thierry Gagné, chirurgien général.

RLS de La Haute-Gaspésie
Dr Charles Rhéaume, médecin de famille;
Dr Daniel Lacoste, médecin de famille.

Membres d'office
Mme Chantal Duguay, présidente-directrice générale;
Dr Claude Mercier, directeur des services professionnels.
Mme Ariane Cyr, secrétaire du CECMDP

Les responsabilités du CMDP visent essentiellement l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle dans un contexte où leur participation dans les différents secteurs d'activités ne peut qu'avoir un impact positif dans la prestation efficace et efficiente des services de santé et des services sociaux, et ce, dans le plus grand respect des droits des usagers.

Le CMDP a plusieurs mandats, soit l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle, la distribution appropriée des soins et services, l'évaluation et le maintien des compétences, l'organisation scientifique et technique du centre et enfin tous mandats complémentaires du comité exécutif.

Un comité exécutif du CMDP transitoire a été constitué d'avril 2015 à mai 2016. Il a tenu dix réunions ordinaires, trois extraordinaires et une assemblée générale annuelle. Il était composé des personnes suivantes :

Mme	Audrey Anderson, RLS de La Haute-Gaspésie
Drs	Marie-Yanouk Blain, RLS de La Côte-de-Gaspé
	Claudia Dumont, RLS du Rocher-Percé
Mme	Chantal Duguay, PDG du CISSS de la Gaspésie
Drs	Thierry Gagné, RLS de la Baie-des-Chaleurs
	Guillaume Hardy, RLS de La Haute-Gaspésie
	Jean-François Lefebvre, RLS de La Côte-de-Gaspé
Mme	Chantal Moreau, secrétaire de réunion, RLS de la Baie-des-Chaleurs
Drs	Claudia Plourde, DSP du CISSS de la Gaspésie
	Martin Potter, président du CMDP du CISSS de la Gaspésie
	Renée Soucy, RLS du Rocher-Percé

Le comité transitoire a traité les mandats spéciaux suivants :

- fusion des CMDP locaux en un seul CMDP transitoire puis permanent;
- création des comités du nouveau CMDP et participation à ceux de l'établissement;
- adoption des règlements généraux transitoires;
- processus de nomination des chefs de département du CISSS;
- processus de gestion documentaire et adoption de documents;
- processus disciplinaire;
- gestion des demandes de privilèges;
- communication avec les membres;
- suivi du projet Optilab.

Le comité exécutif permanent a été institué en début d'année 2016. L'élection des membres s'est terminée le 2 mars 2016 et l'élection du président a eu lieu le 30 mars 2016. La première rencontre du CECMDP permanent se tiendra en mai 2016.

En 2015-2016, les principaux enjeux reliés au CMDP ont été les suivants :

- harmoniser et adopter les règlements de régie interne;
- assurer le fonctionnement régulier du CMDP en regard du comité de l'évaluation de l'acte médical, de celui des titres et du comité de pharmacologie, entre autres.

Le département régional de médecine générale (DRMG)

À la suite de l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS), le Département régional de médecine générale (DRMG) est demeuré constitué, ses membres ont été maintenus en fonction et ont continué d'exercer leurs responsabilités énoncées à l'article 417.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et pour les territoires des CISSS de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

Composition du comité

Ce département est composé de tous les médecins omnipraticiens qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et qui pratiquent dans la région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, y compris ceux qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnels (art. 417.1 de la LSSSS).

Sous l'autorité du CISSS de la Gaspésie et de sa présidente-directrice générale, les responsabilités de ce département sont exercées par un comité de direction formé des membres énumérés ci-dessous et du D[r] Claude Mercier, directeur des services professionnel du CISSS de la Gaspésie, désigné à cette fin par M[me] Chantal Duguay, présidente-directrice générale du CISSS de la Gaspésie :

Membres élus par et parmi les médecins membres du département :

- D[r] Robert Benguerel (RLS de la Baie-des-Chaleurs), chef;
- D[r] Sylvain Drapeau, (RLS du Rocher-Percé), Adjoint au chef;
- D[re] Julie Gauthier (RLS du Rocher-Percé).

Membres cooptés nommés par les membres élus :

- D[r] Jean-François Lefebvre (RLS de La Côte-de-Gaspé);
- D[re] Audrey Perry-Melançon (RLS de La Côte-de-Gaspé);
- D[r] Philippe Aubin (RLS de la Baie-des-Chaleurs);
- D[re] Martine Beauchamp (RLS de la Baie-des-Chaleurs);
- D[r] Michel Xavier Simard (RLS de la Haute-Gaspésie);
- D[r] Marcel Couture (CISSS des Îles).

Les réalisations 2015-2016

Le DRMG a poursuivi ses activités en lien avec les mandats qui lui sont confiés. Différents dossiers ont été suivis, dont les nouvelles modalités de gestion applicables depuis le 1[er] avril 2015 pour les plans d'effectifs médicaux (PEM) en médecine de famille et les nominations en établissement, le déploiement des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) dans les groupes de médecine familiale (GMF) et cliniques privées de la région, la Loi concernant les soins de fin de vie et le projet de loi 20 édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecin de famille et de médecin spécialisé et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.

Également, le DRMG a procédé à l'examen de l'offre de service et émis des recommandations favorables pour l'adhésion au nouveau programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine familiale (GMF) de la région de la Gaspésie et celui des Îles-de-la-Madeleine. Un état de situation des guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille a aussi été réalisé et une formation en accès adapté a été initiée et s'est tenue le 4 juin 2015 à Gaspé.

Pour l'exercice du plan régional d'effectifs médicaux (PREM) 2016 en médecine de famille (du 1er décembre 2015 au 30 novembre 2016), la liste des recrutements prioritaires et les activités médicales particulières (AMP) disponibles par installation a été établie selon les besoins régionaux prioritaires. Il est à noter qu'une nouvelle entente particulière sur les AMP est entrée en vigueur le 1er septembre 2015 et de nouvelles dispositions à l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine familiale ont également été établies par le MSSS au début de l'année 2016. Les nouveaux postes autorisés au PREM de 2016 sont maintenant sur une nouvelle base de découpage sous-territorial. Dans l'application, un certain nombre de ces nouveaux postes autorisés sont maintenant préétablis par le MSSS par territoire de réseaux locaux de services (RLS) et selon les données des patients en attente sur nos guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille. Les autres postes autorisés peuvent être octroyés à la discrétion du DRMG dans les sous-territoires de RLS de la Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine et en fonction des priorités de recrutement qu'il a établies.

Ainsi, 8 postes sur les 14 autorisés au PREM de 2016 ont été préétablis par le MSSS (2 dans la Baie-des-Chaleurs, 1 en Haute-Gaspésie, 2 dans La Côte-de-Gaspé, 3 au Rocher-Percé et 0 aux Îles-de-la-Madeleine) et 6 postes sont à la discrétion du DRMG pour l'octroi des avis de conformité sur cette nouvelle base sous-territoriale. En date du 31 mars 2016, un total de 9 demandes pour un avis de conformité au PREM de 2016 ont été traitées dont 7 sur les 8 préétablis par le MSSS.

Finalement, une mise à jour des règlements du DRMG a été entamée au cours de l'année et une proposition sera soumise aux médecins membres du département lors d'une assemblée générale qui sera convoquée à cette fin durant la prochaine année. Un dépôt au conseil d'administration du CISSS de la Gaspésie sera ensuite effectué pour adoption.

Le comité régional des services pharmaceutiques (CRSP)

M. Reynald Tremblay, chef du département de pharmacie, CISSS des Îles, *président;*
M^me^ Marie-Ève Doucet, pharmacienne d'établissement, CISSS de la Gaspésie, RLS de la Baie-des-Chaleurs;
M. Jean-Sébastien Laliberté-Gemme, pharmacien propriétaire;
M. Laurent Carbonneau-Lebeau, pharmacien propriétaire;
M. Dany Bergeron , pharmacien salarié milieu communautaire;
M^me^ Marie-France Otis, chef du département de pharmacie, CISSS de la Gaspésie, RLS de la Baie-des-Chaleurs;
M^me^ Sabrina Tremblay, pharmacienne d'établissement, CISSS de la Gaspésie, RLS de La Côte-de-Gaspé;
M^me^ Lynnette McGregor, pharmacienne d'établissement, CISSS de la Gaspésie, RLS de La Côte-de-Gaspé;
M^me^ Annie Leblanc, pharmacienne salariée milieu communautaire;
D^r^ Claude Mercier, directeur des services professionnels, CISSS de la Gaspésie.

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le comité régional sur les services pharmaceutiques exerce, sous l'autorité de la présidente-directrice générale, les responsabilités suivantes:

- faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'oeuvre;
- donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;
- exécuter tout autre mandat que lui confie la présidente-directrice générale.

En 2015-2016, le CRSP Gaspésie-Les-Îles a tenu trois réunions. Des discussions ont eu lieu sur des sujets d'intérêt pour l'ensemble des pharmaciens du territoire, tels la plate-forme pour la formation continue, l'utilisation d'antibiothérapie parentérale ambulatoire, les ordonnances collectives et la mise à jour des règlements du CRSP. Un représentant du CRSP participera en 2016-2017 à une table ronde regroupant des représentants de tous les CRSP de la province.

Le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII)

RLS de La Côte-de-Gaspé
M^me^ Géma Fournier-Richard, infirmière clinicienne GMF
M^me^ Sarah Laurin, infirmière clinicienne équipe volante

RLS du Rocher-Percé
M^me^ Marcelle Leblanc, conseillère soins, *présidente*
M. Steeve Hardy, infirmier déficience physique, *agent de communication*
M. Dave Michel-Whittom, infirmier clinicien, *secrétaire*
M^me^ Nancy Céleste, infirmière auxiliaire, *présidente et membre désigné CIIA*

RLS de la Baie-des-Chaleurs
M^me^ Esther Desmeules, infirmière praticienne spécialisée, *vice-présidente*
M^me^ Véronique Pelletier, infirmière praticienne spécialisée
M^me^ Brigitte Ahier, infirmière santé mentale
M^me^ Édith Bernier, infirmière clinicienne UMF et équipe volante
M^me^ Véronique Cavanagh, infirmière clinicienne

RLS de La Haute-Gaspésie
M^me^ Jessie Robinson, conseillère clinique
M. François-Xavier Berger, infirmier courte durée
M. Alexandre Michaud, infirmier auxiliaire et membre désigné CIIA

Membres d'office
M^me^ Chantal Duguay, présidente-directrice générale
M^me^ Johanne Méthot, directrice générale adjointe
M^me^ Renée Rivière, directrice adjointe à la direction des soins infirmiers
M^me^ Christine Lagacé, représentante, collèges d'enseignement
M. Maxime Bernatchez, adjoint à la directrice des soins infirmiers

Le CECII est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers la présidente-directrice générale de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique du centre;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers : l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière; (LSSS, 2002-2003, article 370)
- certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers; (LSSS, 2002-2003, article 370)
- les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population; (LSSS, 2002-2003, article 370)
- toute autre question que la présidente-directrice générale porte à son attention. (L.R.Q., c. S-4.2, article 221)

Autres mandats :

- adopter les règlements concernant la régie interne du CII;
- former un comité exécutif (L.R.Q., c. S-4.2, article 224);
- constituer un comité d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires (CIIA) (L.R.Q., c. S-4.2, article 223);
- mettre en place des comités et statuer de leurs fonctionnements ainsi que de la poursuite de leurs fins;
- désigner un membre pour siéger sur le conseil d'administration de l'établissement tel que prescrit.

Les réalisations 2015-2016

Le CECII a tenu quatre rencontres en plus des rencontres du CECII transitoire. Trois rencontres de travail et de consultation sur différents dossiers se sont tenues. De plus, le CECII a procédé à une assemblée générale pour l'adoption du règlement et la nomination des membres et des officiers.

Par ailleurs, le CECII a réalisé les éléments suivants :

- création d'un CECII transitoire composé des présidentes des CECII des anciens établissements;
- élaboration des règlements du CII;
- élaboration d'un plan d'action;
- adoption de la politique et du programme clinique de soins palliatifs et de soins de fin de vie;
- présentation du nouveau code de déontologie de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ);
- présentation de la prescription infirmière et de la règle de soins relative au droit de prescrire;
- gouvernance de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et algorithme décisionnel en situation d'éclosion en PCI;
- présentation du protocole québécois pour le traitement d'une infection à chlamydia de l'Institut national de l'excellence en santé et services sociaux (INESSS);
- adoption de la politique en gestion de la présence et du bien-être au travail;
- présentation de la procédure relative à la gestion des absences invalidité pour maladies autres que professionnelles;
- adoption du gabarit de directives en soins infirmiers;
- adoption de la directive en soins infirmiers pour les infirmières en soutien à domicile (SAD);
- adoption des règles de fonctionnement du CECII;
- dépôt de propositions pour le prix Innovation et le prix de la relève de l'OIIQ;
- adoption du règlement sur le fonctionnement du comité de gestion des risques;
- désignation d'un membre pour siéger au comité de gestion des risques;
- suivi de la correspondance pour le département de médecine pour l'Hôpital de Maria;
- présence aux rencontres du comité des présidentes de l'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ).

Le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CECIIA)

M^me^ Nancy Céleste, RLS du Rocher-Percé, présidente;
M^me^ Jocelyne Leblanc, RLS de la Baie-des-Chaleurs, vice-présidente;
M^me^ Lyne Cloutier, RLS de La Côte-de-Gaspé, secrétaire;
M. Alexandre Michaud, RLS de La Haute Gaspésie;
M^me^ Suzanne Delarosbil, RLS de la Baie-des Chaleurs.

En vertu de l'article 223, le CII est appelé à constituer un comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires qui doit :

- apprécier la qualité des soins infirmiers donnés par cette catégorie de personnel;
- donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des personnes qui exercent les activités d'infirmières ou d'infirmiers auxiliaires;
- faire des recommandations au comité exécutif du CII sur la distribution appropriée des soins dispensés par les personnes qui exercent les activités d'infirmières ou d'infirmiers auxiliaires.

Les réalisations

L'assemblée générale qui s'est tenue le 21 janvier 2016 a permis de désigner, à la suite du processus électoral, les membres mentionnés précédemment pour composer le comité exécutif.

C'est à l'intérieur de cette rencontre que le comité a également mandaté M^me^ Nancy Céleste et M. Alexandre Michaud à siéger sur l'exécutif du CII comme représentants du CIIA.

Animés d'un grand dynamisme, les membres du CECIIA tiendront leur première rencontre en avril 2016.

La commission infirmière régionale (CIR)

L'article 370.1 prévoit la création d'une CIR pour chaque région. La CIR est composée, entre autres, de représentants du comité exécutif du CII, de la Direction des soins infirmiers, du comité d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires du CII et des maisons d'enseignement ayant des programmes en sciences infirmières, dont les collèges et les universités.

Ce comité est responsable de donner son avis sur :

- l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire de même que sur la planification de la main-d'œuvre infirmière;
- certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers;
- les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

La commission infirmière régionale dont le CISSS de la Gaspésie a la responsabilité régionale est en cours de mise en place. Les rencontres tenues à ce jour visaient à en préciser le mandat. À l'automne 2016, un projet de règlement et le plan d'action 2016-2017 seront déposés.

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CM)

RLS de La Côte-de-Gaspé

M. Kevin Lavoie, travailleur social, Direction programme Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux – *responsable des communications;*
M. Yanneck Zakrzewski, éducateur spécialisé, Direction DI-TSA-DP.

RLS de la Baie-des-Chaleurs

M[me] Annie Allard, éducatrice spécialisée, Direction programme Jeunesse;
M[me] Nancy Gédéon, travailleuse sociale professionnelle, Direction programme Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux;
M[me] Diane Lebouthillier, technologiste médicale, Direction des services multidisciplinaires.

RLS de La Haute-Gaspésie

M. Jean-François Devloo, psychologue/neuropsychologue, Direction DI-TSA-DP – *président;*
M[me] Julie Vincent, ergothérapeute, Direction SAPA – *secrétaire.*

Le conseil multidisciplinaire (CM) est composé de toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme collégial ou universitaire et qui exercent, pour l'établissement, des fonctions caractéristiques du secteur d'activité couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement. Les membres du personnel-cadre font partie du conseil dans la mesure où leur diplôme et les fonctions exercées sont en lien direct avec les services de santé et les services sociaux offerts aux usagers, même s'ils n'interviennent pas directement auprès de ceux-ci.

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) est composé de dix membres élus et trois cooptés par et parmi les membres du conseil, ainsi que de la présidente-directrice générale et de la personne que cette dernière désigne à cette fin. Ce comité exerce tous les pouvoirs et les responsabilités du conseil multidisciplinaire.

Des démarches se poursuivront en 2016-2017 pour combler les six postes vacants.

Mandat

En vertu de l'article 227 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), le conseil multidisciplinaire est responsable envers le conseil d'administration :

- de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement;

- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par leurs membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement.

En vertu de l'article 228 de la LSSSS et conformément aux règlements de l'établissement, le conseil multidisciplinaire est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers la présidente-directrice générale de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique du centre;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;
- toute autre question que la présidente-directrice générale porte à son attention.

Les réalisations 2015-2016

La réalisation principale a été la mise en place du CM et du CECM au sein du CISSS de la Gaspésie. Les membres du CECM (provisoire puis permanent) se sont réunis à treize reprises au cours de l'année 2015-2016. Plus particulièrement, les actions suivantes ont été posées :

- tenue d'une assemblée générale régulière ainsi que deux assemblées générales spéciales;
- désignation, par procédure électorale, d'un membre du CM pour siéger au conseil d'administration du CISSS de la Gaspésie;
- élections des membres du CECM, en date du 11 septembre 2015;
- adoption des règlements provisoires de régie interne du CM en assemblée générale en date du 29 juillet 2015 et par la présidente-directrice générale;
- adoption des règlements permanents de régie interne du CM en assemblée générale en date du 15 mars 2016 et par le conseil d'administration en date du 22 mars 2016;
- participation, en novembre 2015, du président et du responsable des communications du CM au Colloque annuel de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ);
- mise en place d'un comité des communications (comité permanent);
- désignation d'un membre du CECM pour siéger sur le comité de gestion des risques du CISSS de la Gaspésie.

De plus, trois avis ont été adressés à la présidente-directrice générale concernant les documents suivants :

- Programme clinique transitoire de soins palliatifs et de fin de vie;
- Cadre de référence sur la rédaction et la gestion des règlements, politiques, procédures, directives et procédés internes – Gestion documentaire;
- Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques du CISSS de la Gaspésie.

Le comité des usagers du centre intégré (CUCI)

M^me^ Jacqueline Babin, programme DI-TSA-DP;
M. Gilles Brossard, RLS de La Côte-de-Gaspé *(secrétaire);*
M^me^ Jeannine Labrie, RLS de La Haute-Gaspésie;
M. Camille Leduc, RLS de la Baie-des-Chaleurs *(président);*
M^me^ Clémence Lepage, CHSLD de Cap-Chat;
M. Allen Nellis, CHSLD de Maria;
M^me^ May Rochefort, CHSLD Monseigneur-Ross de Gaspé;
M^me^ Edna Synnot, programme Jeunesse;
M^me^ Linda Thurston, programme jeunesse *(vice-présidente et trésorière);*
M. Winston Whittom, RLS du Rocher-Percé.

Le comité des usagers du centre intégré (CUCI) a tenu sa première rencontre le 7 juillet 2015.

Cette première année d'existence du CUCI a surtout été consacrée à la prise de conscience de sa responsabilité territoriale et du besoin d'uniformité dans l'application et la dispersion des informations auprès des usagers et des résidents d'un immense territoire, la Gaspésie.

Les réalisations

La mise en place d'un lieu d'échanges (le CUCI) des représentants des divers comités des usagers et des comités des résidents a eu pour effet de sensibiliser tous les membres de ces comités à la nouvelle dimension régionale des services de santé et des services sociaux en Gaspésie. Il faut désormais voir autrement et agir autrement.

La préoccupation du comité est toujours orientée vers le respect des droits des usagers et la compréhension, l'interprétation et la diffusion de ces droits par les usagers et les employés chargés de les appliquer. Par ailleurs, le comité souhaite également que le CISSS de la Gaspésie offre une gamme plus étendue et accessible de services aux usagers de ce grand territoire.

Sur le plan financier, les surplus inutilisés ou non-engagés par l'ensemble des comités au 31 mars 2015 ont été mis en commun pour assurer un budget annuel de 20 000 $ pour les années 2015-2016 et 2016-2017 au CUCI et une somme d'environ 30 000 $ pour des projets spéciaux que certains comités n'avaient pas les moyens de financer cette année.

Pour le volet « Coordination » du mandat du CUCI, les actions suivantes ont été réalisées :

- le CUCI a établi une liste des projets spéciaux visant à renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations et à promouvoir la qualité de vie des usagers.

- à partir des instructions fournies par la Direction de l'éthique et de la qualité du MSSS, le CUCI a transmis à tous les comités des usagers continué et les comités des résidents un gabarit de rapport annuel. Le but étant d'harmoniser les redditions de comptes des divers comités et de s'assurer que tous les éléments devant figurer dans un rapport d'activités soient présents et que l'ordre dans lesquels ils doivent être présentés soit respecté.

- le comité des usagers du CISSS de Gaspésie a entamé une réflexion concernant les liens entre les différents conseils et comités de l'établissement (conseil d'administration, comité de vigilance et de la qualité, comité des usagers continué, etc.)

Autres :
Le CUCI a analysé tous les projets qui lui ont été présentés, afin de s'assurer que ceux-ci respectent les budgets alloués pour des projets spéciaux et pour lesquels les dépenses devaient être engagées avant le 31 mars 2016.

Les nouveaux enjeux

La création du CISSS de la Gaspésie par la fusion des six établissements et de l'agence a soulevé de nouveaux enjeux qui teintent les activités de l'organisation. Voici les principaux :

Un grand territoire

L'étendue du territoire affecte chaque sphère d'activité de l'organisation. Que ce soit dans la gestion du personnel au quotidien ou dans l'intégration des services, la distance demeure un élément à considérer. Le CISSS de la Gaspésie opère 49 installations (dont 2 aux Îles-de-la-Madeleine) réparties sur plus de 700 km. Dans l'implantation de la nouvelle gouvernance, la direction s'est assuré que l'équipe de gestion soit présente sur l'ensemble du territoire.

Une gouvernance renouvelée

En 2015-2016, une toute nouvelle gouvernance a été réfléchie et mise en place pour assurer la gestion du CISSS de la Gaspésie. Dès les premiers mois, l'équipe de direction a été nommée, suivie par la nomination des membres du conseil d'administration par le ministre de la Santé et des Services sociaux. En octobre et décembre, ce sont les réorganisations des directions administratives et cliniques qui ont été orchestrées. L'organisation dispose de 118 cadres engagés à la mission du réseau de la santé et des services sociaux.

Des services intégrés

La mise en place de la LMRSSS a apporté de nombreux leviers pour faciliter l'intégration des services. Ainsi, le regroupement des anciens établissements a permis d'améliorer le continuum de services. Les équipes de 1re et de 2e ligne se sont efforcées de mettre en place les mécanismes requis pour accroître la fluidité de services. Ce travail demeure un enjeu pour les années à venir. D'ailleurs, la Direction du programme Jeunesse est impliquée dans un important projet d'intégration avec le bureau de la transformation.

L'équilibre budgétaire à atteindre

Conformément à la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux, le CISSS de la Gaspésie a dû mettre en place les mesures requises dans le but de respecter ses obligations. La rigueur de gestion et les efforts d'optimisation déployés par tous ont permis d'atteindre cet objectif en 2015-2016, et ce, en maintenant l'accessibilité et la qualité des soins et des services. La pérennisation des changements effectués demeure un enjeu de premier ordre pour l'organisation.

Des services harmonisés

Devenant un centre intégré, le CISSS a veillé à l'harmonisation des services sur l'ensemble de son territoire dans l'optique que chaque Gaspésien et chaque Gaspésienne reçoivent le même service, peu importe où il et elle se trouvent dans la région. Cette démarche a touché principalement les directions cliniques, mais également les directions support.

Les nouvelles priorités

L'élimination de la main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers

En 2015-2016, la Direction des soins infirmiers en collaboration avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques a mis en place les mesures requises pour éliminer le recours à la main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers et y réduire le temps supplémentaire.

L'optimisation des espaces

La Direction des services techniques a réalisé un important travail avec les directions concernées dans la gestion des espaces. Ceci a permis de résilier certains baux et de déplacer certaines équipes. Le tout a été orchestré dans un souci d'intégration des services et d'optimisation des espaces.

La performance des blocs opératoires

La Direction des programmes santé physique générale et spécialisée a grandement travaillé à améliorer la performance des blocs opératoires de la région. Plusieurs mesures ont été mises en place pour atteindre l'objectif d'optimiser le temps opératoire. Ainsi, le taux d'occupation des blocs opératoires est passé de 63 % en 2014-2015 à 70 % en 2015-2016.

Le temps d'attente aux urgences

Des efforts importants ont été déployés pour améliorer la durée moyenne de séjour aux urgences. Ainsi, l'intensification des services de la première ligne (CSLC, soutien à domicile, etc.) et la diminution du taux d'hospitalisation ont permis de réduire considérablement les temps d'attente de toutes les urgences de la région. Notons que le Service des urgences de l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts est arrivé premier dans la catégorie 10 000 civières et moins selon le Palmarès des urgences de La Presse avec un délai moyen de séjour de 7 h 18.

L'accès en médecine spécialisée

Des mesures ont été prises pour améliorer l'accès en spécialité en augmentant la mobilité de certains médecins spécialisés sur le territoire de la Gaspésie. Cette démarche a également permis d'accroître la relation de proximité médecin-patient. Pour certaines spécialités, la clientèle n'a désormais plus à se déplacer à l'extérieur de la région pour recevoir des services.

L'harmonisation du Programme de gestion des maladies chroniques

Le Programme de gestion territoriale des maladies chroniques a été harmonisé à partir du modèle initial du RLS du Rocher-Percé. Il s'agit d'un modèle intégrateur qui situe le patient, son réseau et la population au cœur de ses préoccupations et de ses actions. Ce programme est en processus de déploiement sur l'ensemble du territoire de la Gaspésie et l'approche patient-partenaire y est privilégiée.

La régionalisation de la Clinique de mémoire

Le CISSS de la Gaspésie a entrepris la régionalisation des services de la clinique de mémoire. Cette clinique qui a vu le jour dans le RLS du Rocher-Percé a pour but d'offrir un support accru aux médecins de 1re ligne par un service de rehaussement d'aide au repérage, à l'évaluation, au traitement et à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des troubles cognitifs apparentés. Son originalité est d'offrir un service ambulatoire mobile multisites.

L'intensification des services de soutien à domicile

Les services de soutien à domicile constituent la pièce maîtresse du continuum de soins et de services. Le CISSS de la Gaspésie a comme priorité d'augmenter la pertinence et l'intensité des services de soutien à domicile de longue durée en fonction des besoins de la clientèle adulte et de dégager une marge de manœuvre permettant de desservir un plus grand nombre d'usagers à domicile.

L'accès aux soins et aux services sociaux de 1re ligne et leur intégration à proximité

Le CISSS de la Gaspésie travaille à développer un accès unique et standardisé aux continuums de soins de santé et de services sociaux de 1re ligne par le déploiement de groupes de médecine familiale (GMF) basés sur une équipe interdisciplinaire élargie, par l'intégration des multiples modalités d'accès pour en faire une seule porte d'entrée et par l'harmonisation des mécanismes de référence vers les différents services spécifiques pour des clientèles particulières.

Principales modifications aux services offerts

Le maintien des services, de leur qualité et de leur accessibilité

Le CISSS de la Gaspésie n'a pas apporté de modifications aux services offerts dans son exercice 2015-2016. La direction s'est plutôt donné comme objectif de maintenir l'offre de service, son accessibilité et sa qualité tout en mettant en place les mesures d'optimisation qui ont permis le retour à l'équilibre budgétaire.

Principales modifications à la gestion des risques

Le Registre national sur les incidents et les accidents

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) crée l'obligation, pour le ministre, de constituer et de maintenir à jour un registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de services de santé et de services sociaux. Pour l'année 2015-2016, le CISSS de la Gaspésie a maintenu son registre pour les six anciens établissements en place avant la loi 10. Au 1er janvier 2016, les anciens établissements des centres jeunesse et de réadaptation ont été incorporés au Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSSS) du Ministère.

Principales modifications aux ressources humaines

L'intégration des employés de l'Agence de santé et de services sociaux Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Avec la mise en place de la LMRSSS, la direction du CISSS de la Gaspésie a rapidement procédé à l'intégration des employés de l'ancienne agence dans les accréditations syndicales du CSSS de La Côte-de-Gaspé. Une démarche d'abolition de postes et de replacement s'est orchestrée et les directions concernées ont accompagné les personnes dans ce transfert. À la fin de l'année 2015-2016, la majorité des employés était replacée et occupait de nouvelles fonctions liées à leurs compétences.

Principales modifications aux ressources financières

La fusion des enveloppes budgétaires des anciens établissements

La création du CISSS a nécessité de fusionner les enveloppes budgétaires des anciens établissements. La Direction des ressources financières et de l'approvisionnement a veillé à harmoniser les façons de faire et à mettre en place une gestion financière rigoureuse et performante.

Principales modifications aux services techniques

L'intégration des services techniques

La Direction des services techniques a orchestré une refonte de ses activités pour assurer une intégration optimale tout en répondant aux défis du plan d'équilibre budgétaire. Cette démarche a permis d'accroître la performance des services techniques et d'harmoniser les pratiques de ce secteur dans l'ensemble des installations du CISSS de la Gaspésie.

La prise en charge des projets en cours

Divers projets d'immobilisation avaient été amorcés par les anciens établissements avant la création du CISSS. La Direction des services techniques les a pris en charge afin d'en assurer la continuité et la réalisation. Notons, par exemple, les travaux de réaménagement du CHSLD Monseigneur-Ross de Gaspé, les programmes fonctionnels et techniques du Service des urgences de l'Hôpital de Gaspé et la construction des locaux du service externe en gériatrie (SEGA) de Chandler.

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats à la fin de l'année financière de l'exercice 2015-2016 du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Gaspésie

- les engagements et les résultats obtenus ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière de l'exercice 2015-2016.

Signé à Gaspé, le 9 juin 2016

Chantal Duguay
Présidente-directrice générale

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 1	**Mise en œuvre de la Loi**

Priorité	***Livrable attendu***	***État d'avancement***
1.1 Procédures internes du conseil	Liste des règlements et procédures ayant fait l'objet d'une révision	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.2 Mise en place de différents comités exécutifs	Liste des membres pour les comités exécutifs transitoires (CMDP) - (CM) - (CII)	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.3 Examen des plaintes	Processus adoptés pour l'examen des plaintes et pour l'examen des plaintes envers un médecin, dentiste ou pharmacien	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.4 Accès à l'information	Nommer un responsable de l'accès à l'information	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.5 Coordination des réseaux territoriaux de santé et de services sociaux	Liste des activités réalisées au cours de l'année	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.6 Privilèges des médecins et des dentistes	Lettre de confirmation de la mise à jour des privilèges des médecins et dentistes	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.7 Nomination des pharmaciens	Lettre de confirmation de la mise à jour des nominations des pharmaciens	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.8 Programme d'accès en langue anglaise	ANNULÉ	☐ ~~Réalisé~~ ☐ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~

1.9 Assurance de la responsabilité civile	Preuve d'assurance de la responsabilité civile	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.10 Ressources humaines des établissements regroupés	Lettre de confirmation de réalisation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
Commentaires		

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 2	**Santé publique**

Priorité	***Livrable attendu***	***État d'avancement des résultats***
2.1 Priorité régionales en matière de prévention	Bilans qualitatifs	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
Commentaires		

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 3	**Services sociaux**

Priorité	***Livrable attendu***	***État d'avancement***
3.1 Offre de services sociaux généraux	État de situation	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.2 Jeunes et leur famille	Validation des grilles	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.3 Personnes ayant une déficience - Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité	Outil de suivi d'implantation complété	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

3.4 Personnes ayant une déficience - Entente de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme	Ententes de collaboration signée avec les autres établissements, le cas échéant	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.5 Programme-services Dépendances	Suivi des exigences dans le cadre des rencontres de la table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.6 Personnes aînées - Repérage des personnes âgées de 75 ans et plus	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.7 Personnes aînées - L'évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.8 Personnes aînées - Le respect des balises à l'admission en CHSLD	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.9 Personnes aînées - Assurer la collaboration entre les centres intégrés de santé et de services sociaux et les Appuis régionaux	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

3.1 : Le déploiement est en cours pour l'Info-social prévu pour le 30 juin 2016 à 80 %. La consultation psychosociale en GMF en est en début de processus.

3.2 : Le dépôt de la grille 805 est prévu pour le 17 juin 2016.

3.4 : Nous continuons à offrir les services aux usagers des Îles. Le comité d'accès se réunit tous les mois comme auparavant. La collaboration se poursuit, il ne manque que le document à signer. Considérant qu'il ne reste que l'entente à formaliser et à signer, nous estimons que le pourcentage de réalisation est de 90 %. La date de réalisation est prévue en septembre 2016.

3.5 : Une transformation régionale se fait, les intervenants seront tous formés (outil GAIN et sur les troubles concomitants) d'ici décembre 2016. Nous sommes à redéfinir le volet « promotion / prévention », pour une réalisation à 100 % d'ici le 31 mars 2017.

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 4	**Services de santé et médecine universitaire**

Priorité	***Livrable attendu***	***État d'avancement***
4.1 Accès aux services spécialisés	ANNULÉ	☐ ~~Réalisé~~ ☐ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~
4.2 Accès aux services ambulatoires en santé mentale	Validation du formulaire Gestred	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.3 Accès aux services de première ligne	Lettres de confirmation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.4 Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.5 Soins palliatifs de fin de vie	Lettre de confirmation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.6 Continuum de services en cardiologie (suivi)	ANNULÉ	☐ ~~Réalisé~~ ☐ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~
4.7 Douleur chronique (suivi)	Plan d'action	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
Commentaires		

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 5	**Finances, Immobilisations et budget**

Priorité	***Livrable attendu***	***État d'avancement***
5.1 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Validation du formulaire Gestred	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
Commentaires		

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 6	**Coordination**

Priorité	***Livrable attendu***	***État d'avancement***
6.1 Politique ministérielle de sécurité civile	Transmission des données	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
6.2 Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	1 – Plan de travail	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
	2 – Bilan des activités	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné

Commentaires

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 7	Planification, performance et qualité

Priorité	*Livrable attendu*	*État d'avancement*
7.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
7.2 Évaluer la performance – Suivi du tableau de bord performance RTS/RLS	ANNULÉ	☒ ~~Réalisé~~ ☒ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

7.1 : Au cours de l'année 2015-2016, le CISSS de la Gaspésie a maintenu ses activités locales, par ancien établissement. Les quatre (4) RLS ainsi que les deux (2) établissements régionaux (Jeunesse et Réadaptation) ont continué à alimenter le Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les anciens centres jeunesse et de réadaptation ont été incorporés au SISSS. Ces deux (2) établissements étaient sur l'application GestRisk. Tous les établissements respecteront le délai de transmission du 15 juin 2016 pour le SISSS.

En 2015-2016, les tableaux de bord ont été diffusés (aux 3 périodes pour l'année 2015-2016) dans le CISSS de la Gaspésie. À partir du 1er avril 2016, un tableau de bord du CISSS de la Gaspésie sera diffusé dans notre organisation.

Le projet de règlement du comité de gestion des risques régional a été déposé au conseil d'administration de janvier 2016. Le comité de gestion des risques régional a tenu sa première rencontre en mai 2016. Le comité régional de gestion des risques est actuellement en fonction.

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 8	**Technologies de l'information**

Priorité	***Livrable attendu***	***État d'avancement***
8.1 Dossier de santé du Québec (DSQ)	Déployer le DSQ Personnalisation pour chacun des établissements	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.2 Dossier clinique informatisé (DCI)	Plan de mise en place d'un DCI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.3 Dossier médical électronique (DMÉ)	1 – Nom du responsable DMÉ	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	2 – Plan de soutien	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.4 Réhaussement de l'identification des usagers et index patient organisationnel (IPO)	Plan d'évolution	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.5 La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles	1 – Planification triennale des projets et activités en RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	2 – Programmation annuelle des projets et activités en RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	3 – Bilan annuel des réalisations en RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	4 – État de santé des projets	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

8.6 Regroupement des ressources informationnelles	1 – État des lieux	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	2 – Plan d'action pour le regroupement des RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.7 Mise à niveau d'infrastructures technologiques	Confirmation de la mise à niveau des postes de travail	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.8 Sécurité de l'information	Confirmation de la fin des travaux de mise en œuvre	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires
8.8 : Le cadre de gestion des incidents de sécurité de l'information est en cours de rédaction. Nous en sommes à 65 % d'avancement. La date prévue pour la fin des travaux est le 22 juillet 2016.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Sécurité et pertinence

Objectif de résultats :	8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier

Indicateurs	***Résultats* 2014-2015***	***Engagements 2015-2016***	***Résultats** 2015-2016***
1.01.19.01-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	80%	80%	75%
1.01.19.02-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	80%	80%	100%

Commentaires

1.01.19.01-PS : Le taux établi pour les CHSGS de la Gaspésie est de 5,0 pour 10 000 jours-présence pour la diarrhée associée au clostridium difficile (DACD).

Les **taux préliminaires** (en attente des statistiques finales) pour 2015-2016 sont de :

- 8,25 pour l'Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé
- 2,20 pour l'Hôpital de Maria
- 10,23 pour l'Hôpital de Chandler
- 8,09 pour l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts

Seul un hôpital sur quatre est conforme pour cet indicateur, soit 25 %.
Toutefois, si nous tenons compte de l'intervalle de confiance[1], notre taux de conformité se situe à 75 %, puisque seulement un hôpital sur quatre n'est pas conforme.

* Résultats en date du : 31 mars 2015
** Résultats en date du : 31 mars 2016

[1] L'intervalle de confiance (IC) est un intervalle de valeurs qui a 95 % de chance de contenir la vraie valeur du paramètre estimé.

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020	
Axe d'intervention :	Prévention des infections

Objectif de résultats :	3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Indicateurs	***Résultats* 2014-2015***	***Engagements 2015-2016***	***Résultats** 2015-2016***
1.01.24-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	NA	223	214

Commentaires

CISSS de la Gaspésie, 214 activités (pour un engagement de 223) :

- Réseau local de services de La Haute-Gaspésie : 1 activité
- Réseau local de services de La Côte-de-Gaspé : 3 activités
- Réseau local de services du Rocher-Percé : 99 activités
- Réseau local de services de la Baie-des-Chaleurs : 111 activités

Le nombre d'activités est très près de l'engagement. L'exercice nous a permis de réaliser qu'il y avait possiblement des problèmes de saisie dans certains réseaux locaux de services (RLS), qui devraient se résoudre en cours d'année 2015-2016.

* Résultats en date du : 31 mars 2015

** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020	
Axe d'intervention :	Première ligne et urgence

Objectif de résultats :	4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne

Indicateurs	***Résultats* 2014-2015***	***Engagements 2015-2016***	***Résultats** 2015-2016***
1.09.25-PS Nombre total de GMF	NA	5	4
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	NA	75 %	77,7 %

Commentaires

1.09.25-PS : L'engagement en regard du nombre de GMF pour le CISSS de la Gaspésie est atteint et devait être de 4 au lieu de 5; le cinquième étant celui des Îles-de-la-Madeleine qui était antérieurement inclus avec la Gaspésie sous la gouverne de l'ancienne Agence régionale pour la région 11. L'engagement pour la prochaine année est de 4 pour la Gaspésie.

* Résultats en date du : 31 mars 2015

** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020	
Axe d'intervention :	Première ligne et urgence
Objectif de résultats :	5. Réduire le temps d'attente à l'urgence

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	10,56	12	9,77
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures.	68,3	68,3	68,4
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures.	73,0	73,0	72,4

Commentaires

1.09.44-PS

La mise en place d'une gestion rigoureuse sur 24 heures des séjours civières de la clientèle, l'orientation de la clientèle dans les bons services dès l'arrivée à l'urgence, une utilisation efficiente et efficace des lits en courte durée, l'amélioration de l'accès à nos services en première ligne et autres ont contribué à améliorer l'accès à l'urgence, et ce, dans un contexte de transformation majeure du réseau de la santé.

D'autres travaux sont en cours, notamment l'accès aux « sans rendez-vous » pour les P4 et les P5 se présentant à l'urgence, l'accès sur sept (7) jours des services en physiothérapie, l'augmentation de la plage horaire en pharmacie et autres. Ceux-ci visent à intensifier l'intervention auprès du patient, lors de son séjour en hôpital.

Les travaux d'intégration sur l'ensemble du continuum de soins et de services favoriseront également la réponse aux besoins particuliers et réels du patient.

* Résultats en date du : 31 mars 2015

** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020	
Axe d'intervention :	Services spécialisés
Objectif de résultats :	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

Indicateurs (chirurgie)	***Résultats* 2014-2015***	***Engagements 2015-2016***	***Résultats** 2015-2016***
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an -ensemble des chirurgies	3	0	0
1.09.32.01-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	0	0
1.09.32.02-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	0	0	0
1.09.32.03-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	0	0	0
1.09.32.04-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	2	0	2
1.09.32.05-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	1	0	0
1.09.32.06-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique	0	NA	NA

Commentaires
1.09.32.04-PS : Les 2 chirurgies d'un jour en attente depuis plus d'un an sont des interventions qui n'ont pas été saisies fidèlement dans nos systèmes d'information reliés à SIMASS. puisque l'une a été réalisée et l'autre annulée avant le délai cible de 12 mois.

* Résultats en date du : 31 mars 2015

** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020	
Axe d'intervention :	Services spécialisés
Objectif de résultats :	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

Indicateurs (imagerie médicale)	***Résultats* 2014-2015***	***Engagements 2015-2016***	***Résultats** 2015-2016***
1.09.34.01-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	95,9	90	96,0
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	34,7	90	46,8
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100	90	100
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100	90	100
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	79	90	74,4
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	100	90	100
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	67	90	77,5
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	77,1	90	92,5
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	67,0	90	62,5

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020	
Axe d'intervention :	Services spécialisés
Objectif de résultats :	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables (suite)

Commentaires

1.09.34.02-PS : Nous sommes limités par le nombre de radiologistes présents sur place à Hôpital de Maria et à l'Hôpital de Chandler. Durant une partie de la dernière année, dans chacune de ces installations, il n'y a eu qu'un seul radiologiste. La majorité des examens dans cette catégorie exige l'intervention, en présence, du radiologiste. Du côté de l'Hôpital de Maria, nous allons, dans la prochaine année, favoriser la venue de radiologistes dépanneurs et établir des liens avec des lecteurs de l'extérieur, afin de libérer la seule radiologiste, ce qui leur permettra d'augmenter l'ensemble des interventions sur place. Pour l'Hôpital de Chandler, les deux radiologistes augmenteront leur présence en salle de scopie, afin de répondre davantage aux besoins. Un suivi sera fait périodiquement. Il est important de noter l'amélioration des données eu égard aux résultats 2014-2015.

1.09.34.05-PS : À l'Hôpital de Gaspé, les échographies cardiaques sont réalisées en médecine interne. Cette spécialité est supportée par une technologue en électrophysiologie médicale qui a quitté en cours d'année. Elle était la seule en poste dans l'installation. Considérant qu'il nous a été impossible de remplacer cette dernière, la production a diminué. Nous aurons une nouvelle technologue à compter de juin 2016, ce qui améliorera l'accès pour la prochaine année. À l'Hôpital de Maria ainsi qu'à l'Hôpital de Chandler, les échographies cardiaques sont également faites en médecine interne, mais sans support d'un technologue. Nous regardons la possibilité de support par une technologue en électrophysiologie médicale pour l'année à venir, et ce, afin d'améliorer l'accès.

1.09.34.07-PS : Jusqu'en janvier 2016, pour les hôpitaux de Maria, de Chandler et de Sainte-Anne-des-Monts, il n'y a eu qu'un seul radiologiste sur place. À Chandler, il faut noter l'arrivée d'un second radiologiste en janvier 2016. À l'Hôpital de Gaspé, nous avons une technologue autonome, ce qui nous permet de respecter la cible pour ce type d'échographie. Nous avons l'intention de former de tels technologues dans les trois autres hôpitaux. Il est important de noter l'amélioration de l'accès depuis 2014-2015.

1.09.34.09-PS : En IRM (imagerie par résonnance magnétique), il faut souligner que la région est desservie par un appareil mobile. Malgré une augmentation de la production journalière, nous observons une augmentation plus importante du nombre de demandes. Nous avons suffisamment de lecteurs pour répondre aux besoins, par contre l'appareil n'étant pas utilisé en soirée et la fin de semaine, nous travaillons actuellement à rehausser l'efficacité et l'efficience du service par une augmentation de la plage horaire et des jours d'accès, lors de la présence de l'appareil mobile.

* Résultats en date du : 31 mars 2015

** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020	
Axe d'intervention :	Services spécialisés
Objectif de résultats :	7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	85,1	90	83,0

Commentaires

Tous les cas majeurs ont été traités dans les délais. Les facteurs suivants sont à la base des écarts à la cible :

- changement de priorité après la réception de la demande;
- changement de type de chirurgie (mineure à majeure) après la réception de la demande;
- chirurgie réalisée en fonction de l'horaire de la prochaine visite d'un chirurgien itinérant;
- délai d'attente pour des consultations et/ou examens complémentaires préopératoires;
- intervention reportée pour les infections des voies respiratoires supérieures (IVRS);
- cas reporté suite au refus du patient pour la première date d'intervention proposée.

Nous avons mis en place des mesures correctrices favorisant l'amélioration de la fluidité sur le continuum du patient, notamment par le rehaussement de la rigueur dans le suivi de la requête et du cheminement du patient.

* Résultats en date du : 31 mars 2015

** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020	
Axe d'intervention :	Personnes âgées
Objectif de résultats :	10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	NA	2306	1921
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	NA	90	70,7

Commentaires

1.03.11-PS : En accord avec M^me^ Natalie Rosebush, de la Direction générale adjointe des services aux aînés, il a été convenu que l'engagement 2016-2017 se baserait sur les résultats de l'année 2015-2016 qui était de 1 936. Sur cette base, nous considérons que les résultats de l'année 2015-2016 sont conformes aux attentes. Cette modification est en grande partie acceptable à cause de la réduction des clients ayant des évaluations de 1, 2 et 3 et la codification des clients longue durée santé physique dans le bon programme.

1.03.12-PS : Des efforts ont été déployés afin de se rapprocher le plus près de la cible. À la P3, nous avions un résultat de 46,9 % pour atteindre 70,7 % à la P13. Des moyens ont été mis en place, afin de s'assurer que les clients SAD (soins à domicile) longue durée aient un OEMC (outil d'évaluation multiclientèle) à jour et un plan d'intervention. Parmi ces moyens, notons la mise en place d'un processus rigoureux de la qualité des données et de la gestion des charges de cas ainsi que la production mensuelle des résultats correspondant à certaines données du formulaire 530 de GESTRED.

* Résultats en date du : 31 mars 2015

** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020	
Axe d'intervention :	Personnes âgées

Objectif de résultats :	11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	50	75	25
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	50	25	75

Commentaires
1.03.07.01-PS : Des changements sont survenus en cours d'année en ce qui concerne les personnes responsables terrain de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA), ce qui a engendré, dans certains centres hospitaliers, une stagnation des résultats et même des reculs à d'autres endroits. L'Hôpital de Chandler (RLS du Rocher-Percé) est la seule installation qui a atteint l'engagement. Des travaux sont en cours, afin de soutenir les autres installations du RLS à adapter les stratégies gagnantes mises en place à Chandler. Un maillage plus serré entre la Direction SAPA et la Direction de santé physique permettra une implantation optimale.

* Résultats en date du : 31 mars 2015

** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020	
Axe d'intervention :	Personnes vulnérables
Objectif de résultats :	12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	318	358	322
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fins de vie	NA	8	6

Commentaires

1.09.05-PS : Le nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile au CISSS de la Gaspésie fluctue d'une année à l'autre et est tributaire du choix de l'usager et de son système familial, en regard du lieu choisi pour la dispensation des services. L'organisation des services en soutien à domicile et son panier de services sont utilisés pour la dispensation des services à cette clientèle. Une réévaluation s'effectue en fonction des besoins de l'usager et de ses proches. Une inscription de cette clientèle à Info-santé rend possible une réponse rapide aux besoins de l'usager et son système familial et un arrimage avec le panier de services du SAD (soutien à domicile). Une mécanique de références à l'équipe locale en soins palliatifs de chaque territoire sera mise en place, afin d'assurer un meilleur accès et une meilleure réponse aux soins de fin de vie pour l'année 2016-2017.

1.09.45-PS : En ce qui a trait aux lits dédiés en soins palliatifs, six sont déployés sur notre territoire. La rénovation du Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Mgr-Ross à Gaspé et l'attribution du lit en CHSLD pour le réseau local de services (RLS) de La Haute-Gaspésie devraient nous permettre de répondre à l'engagement, en début d'année financière 2016-2017.

* Résultats en date du : 31 mars 2015

** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020	
Axe d'intervention :	Personnes vulnérables

Objectif de résultats :	14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	NA	241	151
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	NA	NA	NA

Commentaires
1.08.13-PS Nous sommes actuellement en discussion avec le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM), afin de revoir nos balises et d'améliorer nos résultats pour l'atteinte de la cible.

* Résultats en date du : 31 mars 2015

** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020	
Axe d'intervention :	Mobilisation du personnel

Objectifs de résultats :	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	5,83	5,98	6,62
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,60	3,46	3,34
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,99	1,07	0,68

Commentaires

3.01-PS : Augmentation des heures en assurance salaire pour le réseau local de services (RLS) de La Côte-de-Gaspé : l'impact de la fermeture de l'Agence et du transfert des ressources a eu une incidence sur le nombre de dossiers. Nous avons également connu une augmentation au niveau du Centre Jeunesse qui a également été sujet à plusieurs changements.

En début d'année, nous avons constaté une augmentation des heures en assurance salaire en Haute-Gaspésie. La mise en place d'un service santé et de suivi médicaux réguliers a permis de ramener la situation. L'impact de la réduction de la main-d'oeuvre indépendante est une nouvelle importante pour la mobilisation des ressources. Les changements sont plutôt bien accueillis.

Les transformations dans le RLS de la Baie-des-Chaleurs ont possiblement eu un impact sur le nombre de dossiers. La hausse des heures en assurance salaire a débuté en janvier 2016. Nous travaillons à améliorer la situation.

Une démarche organisationnelle a été effectuée auprès de l'ensemble des gestionnaires de l'organisation entre janvier et mars 2016. Une meilleure structure de gestion est également en place pour les RLS de La Côte-de-Gaspé et de la Haute-Gaspésie.

Nous travaillons actuellement pour avoir une nouvelle firme pour le Programme d'aide aux employés (PAE).

* Résultats en date du : 31 mars 2015

** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2	
Secteur d'activités :	Santé publique

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	98,2	68	98,2

Commentaires

* Résultats en date du : 31 mars 2015
** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	NA	NA	NA
1.01.25-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ciblés ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	ND	80%	0%

Commentaires

1.01.19.03-EG2 : Cet indicateur ne s'applique pas aux installations de la région 11, car elles ne répondent pas aux critères de surveillances provinciales, c'est-à-dire unité de soins intensifs de dix lits et plus.

1.01.25-EG2 : Au CISSS de la Gaspésie, une installation sur quatre est non conforme, n'ayant pas atteint le nombre de rencontres minimales annuelles requises qui est de quatre. Cette lacune est attribuable à l'absence d'un président de comité de prévention des infections (CPI) durant l'année 2015-2016.
La situation devrait être régularisée pour l'année 2016-2017, puisque le poste de présidence est comblé depuis peu.
Par ailleurs, le CPI territorial (CISSS de la Gaspésie) n'est pas encore fonctionnel : seuls les CPI locaux étaient fonctionnels en 2015-2016. Il existe toutefois une Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) (car il y a deux CISSS dans la région ; CISS de la Gaspésie et CISSS des Îles) qui a siégé 3 fois cette année. Le CPI du CISSS de la Gaspésie devrait être mis en place au cours de l'année 2016-2017.

* Résultats en date du : 31 mars 2015
** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2	
Secteur d'activités :	Services généraux

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	NA	NA	NA

Commentaires

* Résultats en date du : 31 mars 2015
** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2	
Secteur d'activités :	Dépendance

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	84,9%	80%	84,9

Commentaires

* Résultats en date du : 31 mars 2015
** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2	
Secteur d'activités :	Cardiologie tertiaire

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.09.08A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	NA	NA	NA
1.09.08B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	NA	NA	NA
1.09.09A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A	NA	NA	NA
1.09.09B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B	NA	NA	NA
1.09.10A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A	NA	NA	NA
1.09.10B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B	NA	NA	NA

Commentaires

* Résultats en date du : 31 mars 2015

** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2	
Secteur d'activités :	Chirurgie oncologique

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	98,7%	100%	99.2%

Commentaires
Deux (2) patients ont été compilés dans SIMASS avec un délai de traitement supérieur à 56 jours. L'intervention de l'un a été reportée par l'anesthésiologiste en raison de syndromes grippaux et l'autre a obtenu son intervention dans un délai de 7 jours et non dans un délai supérieur à 56 jours (erreur de saisie dans le système d'information SIMASS).

* Résultats en date du : 31 mars 2015

** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2	
Secteur d'activités :	Déficience

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	88,9	90%	91,9%
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	ND	90%	91,4%
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	80,4%	90%	94,1%
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	ND	90%	94,9%

Commentaires

* Résultats en date du : 31 mars 2015

** Résultats en date du : 31 mars 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2	
Secteur d'activités :	Hygiène et salubrité

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	81	100	100

Commentaires

* Résultats en date du : 31 mars 2015
** Résultats en date du : 31 mars 2016

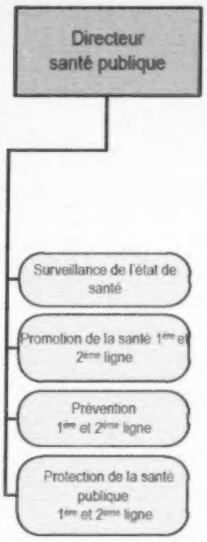
Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2	
Secteur d'activités :	Ressources technologiques

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RSSS)	99,5	95	95,2

Commentaires

* Résultats en date du : 31 mars 2015
** Résultats en date du : 31 mars 2016

La Direction de santé publique



La Direction de santé publique (DSPublique) a une mission régionale, et couvre donc l'ensemble de la région Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine. Cette mission est définie à la Loi sur la santé publique, qui a pour objet « la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général » (L.R.Q, chapitre S-2.2, article 1). Le Programme national de santé publique 2003-2012 et le Plan régional de santé publique 2009-2012 (prolongé jusqu'en 2016) ont guidé l'offre de service du Programme national de santé publique pour l'année 2015-2016. Les grands domaines d'intervention à l'intérieur desquels sont décrites les activités de santé publique réalisées sont les suivants :

- Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;
- Les habitudes de vie et les maladies chroniques;
- Les traumatismes non intentionnels;
- Les maladies infectieuses;
- La santé environnementale;
- La santé au travail.

Activités de santé publique

Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale

La périnatalité et la petite enfance :

- les services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance (0-5 ans) pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants;
- le soutien à l'allaitement maternel;
- la distribution du guide Mieux vivre avec notre enfant;
- le renforcement de l'action communautaire contribuant au mieux-être et au développement des enfants et de leur famille;
- le Programme canadien de nutrition prénatale.

La prévention du suicide :

- la prévention du suicide en milieu scolaire;
- la consolidation des réseaux de sentinelles;
- l'intervention téléphonique 24/7 de crise suicidaire;
- la mise à jour des orientations régionales de postvention.

L'approche École en santé

Les habitudes de vie et les maladies chroniques

- la concertation des partenaires régionaux pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques (TIR-SHV);
- le Programme de prévention et de cessation du tabagisme (La gang allumée, programme de cessation du tabagisme via les centres d'abandon du tabac);
- le Programme de promotion de l'activité physique Kino-Québec (Plaisirs d'hiver, Défi 5/30 Équilibre, Journée nationale du sport et de l'activité physique);

- le Programme de santé dentaire (suivi préventif individualisé, application topique de fluorure, éducation à la santé dentaire et application d'agents de scellement en milieu scolaire);
- le Programme québécois de dépistage du cancer du sein :
    - agrément et formation;
    - envois de lettres d'invitation, de rappel et de relance;
    - suivi des délais pour la mammographie de dépistage;
    - envoi de lettres de résultats et suivis des résultats positifs;
    - suivi des indicateurs d'assurance-qualité et des taux de participation.

Les traumatismes non intentionnels

- le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) en prévention des chutes;
- l'amorce de rédaction d'un cadre de référence régional sur le vieillissement en santé.

Les maladies infectieuses

- l'immunisation : formation, vigie des manifestations cliniques inhabituelles, campagne de vaccination contre la grippe saisonnière, gestion des produits immunisants au régional et au local;
- la protection de la santé : maladies à déclaration obligatoire (MADO) et signalements, surveillance de l'influenza communautaire, prévention des infections nosocomiales, soutien-conseil, table régionale de prévention des infections nosocomiales et communications;
- la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : promotion de comportements préventifs auprès de la population générale et de certains milieux ou groupes à risque, éducation à la sexualité en collaboration avec le milieu scolaire, accessibilité aux condoms, services intégrés de lutte contre les ITSS.

La santé environnementale

- les maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur : prévention de l'exposition au radon et aux moisissures;
- l'exposition aux contaminants présents en milieu hydrique : qualité de l'eau potable, salubrité des eaux récréatives;
- les intoxications d'origine environnementale à déclaration obligatoire (ex. : monoxyde de carbone), vigie et signalements;
- l'amélioration des milieux de vie et le développement durable : à la demande du MSSS, analyse des études d'impacts de projets industriels, révision des schémas d'aménagement et règlements de contrôle intérimaire, réduction des allergènes (ex. : herbe à poux);
- interventions lors de situations inhabituelles et mesures d'urgence pouvant affecter la santé publique.

La santé au travail

- les programmes de santé spécifiques;
- les programmes d'intervention nationaux;
- les programmes régionaux;
- la réponse aux demandes du milieu;
- les mandats spéciaux.

Autres activités

- la stratégie de développement des communautés;
- la surveillance de l'état de santé de la population (portrait statistique de la santé et ses déterminants dans la région).

Enjeux et réalisations

L'année 2015-2016 a été marquée par la réorganisation du réseau de la santé et la diffusion du nouveau Programme national de santé publique 2015-2025, déposé en cours d'année par le MSSS. Cette conjoncture a fortement teinté les projets de la Direction de santé publique et, aux activités habituelles décrites plus haut, s'ajoutent certains dossiers structurants.

Réorganisation

Le 1er avril 2015 marquait la mise en place du CISSS de la Gaspésie et du CISSS des Îles-de-la-Madeleine dans la région. Suite à cette réorganisation, l'organigramme de la Direction de santé publique a dû être revu, afin d'intégrer les services de santé publique de première ligne et les services de coordination, de planification, de recherche et d'expertise-conseil relevant auparavant de l'Agence de santé et de services sociaux Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. L'équipe de gestion a donc répertorié l'ensemble des acteurs locaux de santé publique avant de réaliser cette intégration.

La présence de deux CISSS sur le territoire exige un arrimage important, puisque dans le cas des Îles-de-la-Madeleine, les ressources de première ligne de santé publique relèvent hiérarchiquement de cadres des Îles, avec une autorité fonctionnelle du Directeur de santé publique. De même, certaines ressources de santé publique ont été confiées à l'interne du CISSS de la Gaspésie à d'autres directions (jeunesse, santé mentale, dépendances et services psychosociaux généraux), afin de faciliter le continuum de services, tout en répondant aux objectifs de santé publique sous l'autorité fonctionnelle du directeur de santé publique. Une entente interétablissement avec le CISSS des Îles et un plan d'action spécifique interdirection au CISSS de la Gaspésie ont été convenus et signés au cours de l'année.

Par ailleurs, l'équipe de santé au travail, dans le contexte de la réorganisation et d'une diminution de budget importante, s'est vue régionalisée, incluant cette fois les Îles-de-la-Madeleine. Un plan de réduction des effectifs sur trois ans a été établi, la compression s'appliquant graduellement dès le 1er janvier 2016.

Élaboration du Plan d'action régional 2016-2021

Le Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 a été déposé en cours d'année par le MSSS. Le Plan d'action régional 2016-2021 (PAR) est présentement en cours de rédaction. Il remplacera celui qui nous guidait dans les dernières années.

Le nouveau PNSP incite à établir davantage de liens entre les domaines, à travers les axes suivants :

- la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants;
- le développement global des enfants et des jeunes;
- l'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires;
- la prévention des maladies infectieuses;
- la gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires.

Un comité d'élaboration du PAR a été formé et les travaux de rédaction sont en cours. Une consultation des partenaires internes et externes aux deux CISSS de la région se tiendra au printemps et à l'été 2016, ce PAR devant être adopté au conseil d'administration dès l'automne 2016.

Mise en place de communautés de pratique en santé publique

Le travail de santé publique exige des habiletés et des connaissances variées. Dans un RLS, les services préventifs reposent sur un nombre limité d'intervenants de santé publique qui combinent souvent plusieurs fonctions et qui sont souvent les seuls à porter tout un pan du PAR au niveau local. Cette situation conduit à l'isolement de certaines ressources pour qui la mise en réseau est essentielle, afin de demeurer à la fine pointe des pratiques démontrées efficaces, et d'offrir des services de qualité à la population de la région.

Par ailleurs, le nouveau PNSP favorise davantage de concertation et de collaboration entre les domaines et les directions. Afin de mettre en œuvre le PAR qui sera déposé à l'automne, des communautés de pratique, qui sont des « structures régionales interdépendantes de concertation et d'échange visant l'aide et le partage entre pairs, l'intégration et la création de savoirs et la concertation sur des enjeux spécifiques à la santé publique » ont, pour certaines, déjà été mises en place en 2015-2016. D'autres communautés de pratiques devraient se mettre en place en 2016-2017. Les enjeux d'interdépendance entre les communautés et d'intégration avec les autres directions cliniques du CISSS seront la toile de fond des travaux de ces communautés cette année.

Concertation des différents acteurs concernés par la promotion de la santé et la prévention

L'action intersectorielle en promotion-prévention a nécessité un effort soutenu de plusieurs acteurs de santé publique. L'échéance annoncée de divers fonds en matière de développement social et de promotion des saines habitudes de vie occasionne, dans chacun des RLS, des modifications dans nos façons de faire, notamment en matière de soutien au développement des communautés. Les organisateurs communautaires du CISSS ont donc œuvré, en étroite collaboration avec des regroupements de partenaires, des MRC et des organisations communautaires, afin d'assurer la vitalité de la concertation des acteurs de notre région.

Portrait santé buccodentaire

L'analyse des données et la rédaction du portrait de santé buccodentaire de la région se sont amorcées en 2015-2016. Les dernières données disponibles pour la région remontaient à 1996-1997. Le portrait sera publié en 2016-2017.

Campagne régionale de vaccination contre la grippe

L'année 2015-2016 a été marquée par l'organisation d'une campagne de vaccination contre la grippe sous la coordination régionale de la Direction de santé publique. Cette coordination, nécessaire dans la nouvelle structure, a permis d'organiser cette campagne dans la continuité des dernières années. Un effort d'harmonisation supplémentaire devra être fait dans les prochaines années, en planifiant, dès le printemps 2016, la campagne 2016-2017.

Uniformisation des prix de la vaccination en santé voyage

La vaccination des voyageurs n'est pas un service couvert par le système public de santé, et les vaccins qui sont administrés dans ce contexte ne sont pas soutenus financièrement par le MSSS. Toutefois, dans le souci d'accessibilité géographique de la population à des interventions qui peuvent prévenir des maladies infectieuses et autres états de santé défavorables liés au voyage, il a été décidé de maintenir, à même les CISSS de la région, des services dans ce domaine. Une réflexion sur le prix de ces services, en vue d'une harmonisation pour toute la Gaspésie, a été réalisée au cours de l'année, pour une application dès le 1er mai 2016.

Révision et signature des ententes de gestion des produits immunisants (GPI) avec le CISSS des Îles et les communautés autochtones

La mise à jour des ententes de gestion des produits immunisants a été réalisée, afin de les adapter à la plus récente circulaire ministérielle et aux nouvelles structures. Ces ententes sont signées entre la Direction de santé publique, qui est gestionnaire du dépôt régional de vaccins, et le CISSS des Îles, le Centre de santé de Listuguj et le Centre de santé de Gesgapegiag.

Collaborations avec les autres directions

Plan d'action en cancérologie

La Direction de santé publique a participé à l'élaboration du Plan d'action en cancérologie, sous le leadership de la Direction du programme Santé physique générale et spécialisée, afin d'y inclure les éléments du PAR, en lien avec la prévention du cancer.

Participation aux travaux sur la gouverne en PCI

Par ailleurs, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, sous la gouverne administrative du programme Santé physique générale et spécialisée, est un domaine où la Direction de santé publique doit assurer une vigie et fournir une expertise-conseil en soutien aux infirmières en prévention des infections. La Table régionale de prévention des infections nosocomiales, coprésidée par la Direction de santé publique et un microbiologiste-infectiologue, s'est rencontrée à trois reprises cette année. Par ailleurs, la Direction de santé publique participe activement aux travaux sur la gouverne en prévention et contrôle des infections nosocomiales, qui doit être revue et adaptée aux nouvelles structures.

La directrice de la protection de la jeunesse assure l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) dans la région. De plus, en vertu de cette loi, elle assume également la responsabilité de directrice provinciale pour l'application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA).

À ces fins, elle doit pouvoir compter sur une équipe d'intervenants qui agira en son nom pour des responsabilités exclusives déterminées par l'article 32 de la LPJ :

- recevoir le signalement, procéder à une analyse sommaire de celui-ci et décider s'il doit être retenu pour évaluation;
- procéder à l'évaluation de la situation et des conditions de vie de l'enfant et décider si sa sécurité ou son développement est compromis;
- décider de l'orientation de l'enfant;
- réviser la situation de l'enfant;
- mettre fin à l'intervention si la sécurité ou le développement d'un enfant n'est pas ou n'est plus compromis;
- exercer la tutelle ou, dans les cas prévus à la présente loi, demander au tribunal la nomination d'un tuteur ou son remplacement;
- recevoir les consentements généraux requis à l'adoption;
- demander au tribunal de déclarer un enfant admissible à l'adoption;
- décider de présenter une demande de divulgation de renseignements conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 72.5 ou de divulguer un renseignement conformément aux dispositions du deuxième ou du troisième alinéa de l'article 72.6 ou de 72.7.

En regard des responsabilités liées à la LSJPA, la directrice de la protection de la jeunesse – directrice provinciale, confie des responsabilités, par autorisation, à certains intervenants psychosociaux, délégués à la jeunesse, qui assurent l'actualisation des mandats confiés à directrice provinciale.

Les services offerts en vertu de la LSJPA sont :

- d'évaluer la possibilité qu'un adolescent ayant commis un délit bénéficie de mesures alternatives à la judiciarisation dans le cadre du Programme sur les sanctions extrajudiciaires, et ce, à la demande du substitut du procureur général;
- de procéder aux évaluations pertinentes demandées par le tribunal et de lui transmettre un rapport prédécisionnel;
- d'assurer le suivi des différentes sanctions et peines que le tribunal peut imposer (probation, surveillance dans la communauté, mise sous garde en milieu ouvert ou fermé, etc.);
- de procéder à une évaluation clinique rigoureuse et une intervention différentielle selon le jeune contrevenant, ses besoins, les risques qu'il représente et la nature de l'ordonnance rendue.

D'autres mandats de service sont assumés par la Direction la protection de la jeunesse, principalement :

- l'adoption;
- la recherche d'antécédents et les retrouvailles;
- l'urgence sociale;
- les transferts entre les centres jeunesse;
- la coordination Projet Intégration Jeunesse (PIJ).

Les enjeux 2015-2016

Protection sociale des enfants
La Direction de la protection de la jeunesse développe actuellement des liens de collaboration avec des partenaires afin de jouer un rôle plus présent et significatif dans la communauté, sur le plan de la protection sociale des enfants, à l'égard de milieux à risque, de la récurrence de situations « sentinelles » et de problématiques en émergence. Plusieurs stratégies et arrimages seront formalisés en 2016-2017 pour se faire.

Une concertation et coordination plus étroite entre la Direction de la protection de la jeunesse et la Direction de santé publique permettra de prioriser et de planifier des travaux conjoints en matière de :

- développement global des enfants et des jeunes (axe 1 du Programme national de santé publique);
- adoption de modes de vie et création d'environnements sains et sécuritaires (axe 2, Programme national de santé publique)

Des rapprochements plus significatifs sont également en cours avec des partenaires du réseau intersectoriel dans l'optique d'optimiser davantage la protection des enfants dans les différentes sphères où ils évoluent, de renforcer la connaissance et la coordination de nos mandats respectifs pour répondre le plus rapidement et judicieusement possible aux besoins de notre clientèle.

Trajectoire de services en jeunesse
La trajectoire de services en jeunesse est en phase d'ajustement et de formalisation pour assurer les interfaces de services nécessaires avec les autres directions afin de répondre à la clientèle de manière rapide et efficace.

Malgré la perspective de simplifier les démarches pour obtenir le bon service, au bon moment, pour chaque jeune et sa famille qui en ont besoin, la Loi sur la protection de la jeunesse demeure une loi avec ses restrictions et ses obligations et elle continue de s'appliquer avec les mêmes dispositions qu'avant la mise en place des CISSS et des CIUSSS.

L'enjeu actuel est de s'assurer que tous les intervenants et les gestionnaires, des deux directions jeunesse, s'enrichissent mutuellement et développent de nouveaux réflexes professionnels par des connaissances légales et cliniques différentes et complémentaires pour une meilleure fluidité d'action et de service auprès du jeune et de sa famille.

- développement de mécanismes de concertation et de coordination d'intervention entre la Direction de la protection de la jeunesse et la Direction du programme Jeunesse;

- instauration d'une nouvelle pratique d'encadrement au service Évaluation/Orientation des signalements;

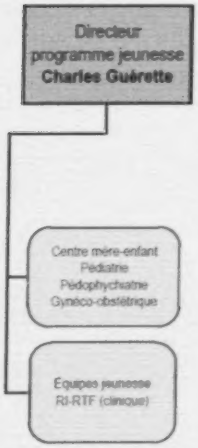
- stabilisation de la coordination des interventions appliquées en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA);

- remise en place du service Antécédents et Retrouvailles;

- élaboration d'un nouvel organigramme du Projet Intégration Jeunesse (PIJ) de manière à configurer notre nouvelle réalité organisationnelle du CISSS et assurer la ventilation et la fiabilité des données statistiques en jeunesse;

- mise à jour du cadre normatif du MSSS pour améliorer la mesure de l'intensité des services en jeunesse.

La Direction du programme Jeunesse



La mission de la Direction du programme Jeunesse est de « protéger et améliorer la santé et le bien-être des jeunes et de leur famille en offrant, en coopération avec les partenaires, une gamme de services de santé et de services sociaux accessibles, continus, de qualité, sécuritaires et respectueux des droits des personnes afin que les jeunes de la Gaspésie puissent se développer selon leurs capacités, que leurs parents soient supportés et jouent pleinement leur rôle et que chacun puisse assumer adéquatement ses responsabilités sociales. »

Les principaux services

Jeunes en difficulté :

- soutien direct aux familles;
- suivi psychosocial;
- programme d'intervention en négligence;
- programme Intervention de crise et de suivi intensif;
- équipe d'intervention jeunesse – problèmes complexes;
- application des mesures en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ);
- retrait du milieu familial et placement;
- services de réadaptation sociale;
- programme Qualification des jeunes 16 à 19 ans;
- supervision des droits d'accès.

Santé physique (autorité fonctionnelle) :

- services en périnatalité;
- Gynéco-obstétrique;
- pédiatrie.

Santé publique (autorité opérationnelle et intégrée aux équipes jeunesse) :

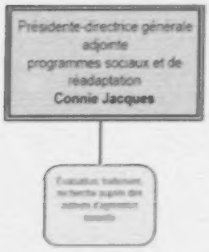
- services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE);
- soutien à l'allaitement;
- vaccination 0-2 ans.

Les enjeux 2015-2016

Durant cette année, tout en assurant une gestion régulière des standards d'accès et de qualité des services jeunesse sur le territoire du CISSS de la Gaspésie, la Direction du programme Jeunesse a travaillé à l'implantation de la nouvelle structure organisationnelle. Celle-ci intègre à la fois les services à la jeunesse des anciens établissements de CSSS et du Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles. L'intégration des équipes est en cours, mais elle représentera un processus à structurer et à consolider durant la prochaine année.

Sur le plan de la réadaptation, la Direction du programme Jeunesse a travaillé activement à l'intégration d'une nouvelle clientèle à l'unité de réadaptation Le Rivage, soit les enfants de 9 à 16 ans ayant un trouble du comportement ou un trouble grave du comportement associé à un trouble du spectre de l'autisme et/ou une problématique de santé mentale. Le service a officiellement débuté en août 2015, mais la mise en place de la nouvelle programmation ainsi que sa consolidation sont toujours en cours. En ce sens, une nouvelle expertise sera développée auprès de cette clientèle en émergence.

Le Programme d'évaluation, de traitement et de recherche auprès des auteurs d'agressions sexuelles (PETRAAS)



Le Programme d'évaluation et de traitement des auteurs d'agression sexuelle (PETRAAS) du CISSS de la Gaspésie – RLS du Rocher-Percé, dispensé à l'établissement de détention de Percé depuis mai 2010, s'adresse à une clientèle exclusivement masculine ayant commis un délit sexuel et pour lequel une peine d'incarcération inférieure à deux ans a été prononcée. Les demandes d'admission au programme proviennent des 18 autres établissements de détention de toute la province.

Le mandat consiste à offrir des services spécialisés d'évaluation et de traitement à une clientèle très hétérogène présentant des niveaux de risque, des besoins et des niveaux de motivation très différents. La durée du programme est de six mois et comprend quatre modules spécifiques à l'évaluation et au traitement du participant : sensibilisation, conscientisation, entraînement aux habiletés sociales, responsabilisation/intégration.

La collaboration avec le personnel de l'établissement de détention de Percé joue un rôle capital dans la rééducation des participants au programme. En effet, la synchronisation et l'articulation des activités entre les équipes clinique et correctionnelle permettent d'offrir un encadrement qui repose sur une vision commune favorisant, chez les participants, l'acquisition de connaissances et d'habiletés diverses tout au long du programme.

Élément important, pour être admis à participer au programme, les candidats doivent faire preuve d'une motivation minimale. Or, pour l'année 2015-2016, le taux de rétention est de près de 80 %, ce qui permet de constater à quel point le processus d'accueil mis en place et la participation aux huit premières séances de sensibilisation sont efficaces et atteignent les objectifs de rétention au programme.

Activités du programme :

Chacun des participants admis a bénéficié du traitement court, mais intensif du PETRAAS qui se déploie entre 65 et 70 rencontres de groupe d'une durée de deux heures, des rencontres individuelles, des périodes de scolarisation et de développement de l'employabilité, ainsi que des services médicaux et infirmiers adaptés à leur problématique.

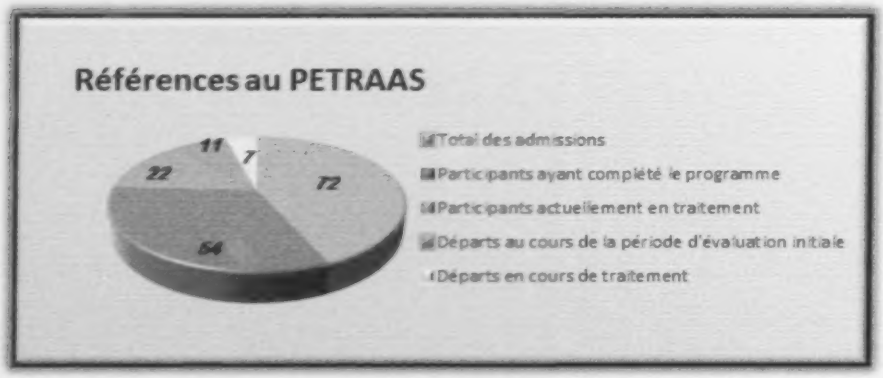
Au cours de 2015-2016, les participants se sont présentés à toutes leurs séances de groupe. Outre cette assiduité, les deux animateurs évaluent, après chaque séance, la qualité de la participation et de la préparation de chaque participant.

Il convient aussi de mentionner que, depuis les cinq dernières années, l'établissement est rempli à sa capacité maximale et, dans les autres établissements du Québec, des candidats au programme sont en attente qu'une place se libère.

Statistiques :

Les données recueillies en 2015-2016 montrent que, cette année, entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016 :

- 72 participants ont été admis en évaluation (80 en 2014-2015);
- 54 ont terminé le traitement (55 en 2014-2015);
- 22 étaient toujours en traitement au 31 mars 2016 (26 en 2014-2015);
- 17 ont quitté d'eux-mêmes ou ont été refusés durant la période d'évaluation pour les motifs suivants (17 en 2014-2015):
  - référence inadéquate, incapacité de communiquer verbalement ou par écrit;
  - faible niveau de reconnaissance des faits ou de la responsabilité personnelle;
  - complications médicales;
  - nouvelles accusations.



Statistiques au PETRAAS
du 1er avril 2015 au 31 mars 2016

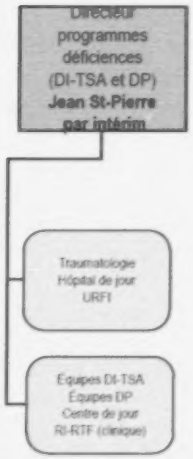
Total des admissions	72
Participants ayant complété le programme	54
Participants actuellement en traitement	22
Départs avant la période d'évaluation initiale	
Départs au cours de la période d'évaluation initiale	11
Départs en cours de traitement	7
MOTIFS DE DÉPARTS	
Départs avant la période d'évaluation initiale	
• Refus de signer les formulaires d'autorisation	
Départs en cours d'évaluation initiale	
Décision du participant :	
• Départs volontaires	3
Décision légale :	
• Problèmes d'ordre judiciaire/légal	1
• Libération conditionnelle	
Décision carcérale:	
Décision clinique :	
• Motivation insuffisante	2
• Reconnaissance insuffisante face au délit	3
• Difficultés de compréhension / déficience intellectuelle	
• Difficultés d'adaptation	
• Fonctionnement inadéquat (hygiène, comportement, vie de groupe)	
• Problèmes médicaux (santé physique/mentale)	2
Autres	
Départs en cours de traitement	
Décision du participant	
• Départs volontaires	1
Décision légale :	
• Problèmes d'ordre judiciaire/légal	
• Libération conditionnelle	1
Décision carcérale	
Décision clinique :	
• Motivation insuffisante	
• Reconnaissance insuffisante face au délit	
• Difficultés de compréhension / déficience intellectuelle	
• Difficultés d'adaptation	
• Fonctionnement inadéquat (hygiène, comportement, vie de groupe)	4
• Problèmes médicaux (santé physique/mentale)	1
Autres	

La différence entre le total des admissions, des départs et du nombre de participants ayant complété le traitement s'explique par le fait que plusieurs participants sont arrivés avant la période déterminée ou ont quitté pendant celle-ci.

Dans le but de mieux circonscrire les motifs entourant les départs au cours de la période d'évaluation ou en cours de traitement, un remaniement plus détaillé des catégories a été effectué. Toutefois, compte tenu de ce remaniement, il ne nous est pas possible de présenter des données comparatives avec l'année antérieure, sauf en ce qui a trait aux données plus générales concernant le nombre total d'admissions et de départs.

Entre le 17 mai 2010, soit depuis l'accueil du tout premier groupe de participants, et le 13 mai 2016, les admissions au programme s'élèvent à 438 participants. Sur ce total, 307 participants ont complété le traitement, 25 sont actuellement à le compléter et 11 sont en attente de le débuter. Au cours de cette période, on note un total de 95 départs de participants, ce qui nous donne un taux de rétention de 81,3 % et un taux de complétion de 76 %.

La Direction des programmes déficience intellectuelle (DI), trouble du spectre de l'autisme (TSA) et déficience physique (DP)



La Direction des programmes déficiences est responsable d'offrir une gamme de services pouvant répondre aux besoins variés et parfois complexes de la population de son territoire présentant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique. Basée sur les principes de hiérarchisation, l'offre de service inclut la mission CLSC (spécifiques – première ligne) ainsi que la mission CR (spécialisés – deuxième ligne).

La Direction des programmes déficiences regroupe deux programmes services : le programme Déficience intellectuelle-Trouble du spectre de l'autisme et le programme Déficience physique.

Le programme « Déficience physique »

Ce programme offre des services aux personnes dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque d'entraîner des incapacités significatives et persistantes. Les services dispensés ont comme objectif l'amélioration des capacités de la personne en vue de permettre une intégration et une participation sociales optimales.

Le programme offre des services aux personnes présentant :

- un retard global de développement (0-5 ans);
- une déficience du langage et de la parole (0-17 ans);
- une déficience motrice;
- une déficience auditive;
- une déficience visuelle.

L'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) est située au sein du RLS de La Côte-de-Gaspé et offre des services à toute la région, incluant les Îles-de-la-Madeleine. Les services dispensés visent à répondre aux besoins souvent complexes d'une clientèle présentant une atteinte du système musculosquelettique ou neurologique engendrant des incapacités significatives qui requièrent une intensité de services importante.

Il est à noter que le CISSS de la Gaspésie est responsable du volet de la déficience physique et des services spécialisés sur le territoire des Îles-de-la-Madeleine.

Le programme « Déficience intellectuelle - Trouble du spectre de l'autisme »

Ce programme regroupe les services offerts aux personnes répondant aux critères diagnostiques de la déficience intellectuelle ou du trouble du spectre de l'autisme.

La déficience intellectuelle est un trouble qui inclut un déficit intellectuel ainsi qu'un déficit touchant le fonctionnement adaptatif dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques débutant pendant la période développementale. Pour ce qui est du trouble du spectre de l'autisme, il se caractérise par des altérations significatives dans deux domaines : déficits persistants aux niveaux de la communication et de l'interaction sociale et comportements, activités et intérêts restreints ou répétitifs. Les symptômes doivent être présents dans la petite enfance, mais ils peuvent aussi se manifester pleinement avec l'augmentation des demandes sociales. Ils limitent et altèrent le fonctionnement quotidien.

Les services visent à soutenir la personne dans le développement de ses capacités, lui assurant une intégration sociale et lui permettant l'accomplissement de rôles sociaux valorisés.

Des résidences à assistance continue sont présentes au sein des RLS du Rocher-Percé, de La Haute-Gaspésie et de La Côte-De-Gaspé. Au nombre de quatre, ces milieux d'interventions spécialisées accueillent, sur une base transitoire, des adultes présentant une déficience intellectuelle associée à un trouble grave du comportement.

La Direction voit à la gestion clinique et administrative des programmes suivants :

- programme des aides techniques;
- programme transport-hébergement;
- programme sur les aides de la vie domestique et de la quotidienne (AVQ-AVD).

L'organisation des services au sein des trois programmes s'appuie sur une vision décentralisée et intégrée où chaque RLS dispose d'une équipe formée de ressources humaines dynamiques, mobilisées, portées par l'interdisciplinarité. À cet effet, chaque territoire de desserte (MRC) dispose d'une gamme de services offerts par une équipe multidisciplinaire qui intègre les intervenants cliniques et administratifs. Tout près de 220 équivalents temps complet (ETC) (professionnels et techniciens) interviennent au sein de la direction à laquelle s'ajoute une équipe d'encadrement formée de 10,6 ETC gestionnaires.

Faisant suite à l'adoption de la LMRSSS, l'année 2015-2016 fût une année de transformation majeure au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Afin de répondre à l'objectif final visé par la transformation, soit l'intégration des services, la Direction des programmes déficiences a mis en place, dans un premier temps, sa structure de gouvernance (organigramme). Les gestionnaires intermédiaires, au nombre de 9,6 ETC, sont entrés en fonction en janvier 2016. Au cours de la période de transition, l'équipe de gestion en place avait comme principale préoccupation le maintien d'une offre de service de qualité auprès de la population.

Parallèlement à l'entrée en fonction des cadres cliniques, la Direction a également accueilli un directeur par intérim en janvier 2016. Période d'appropriation de nouvelles fonctions, de nouveaux secteurs d'activités, de nouveaux rôles, l'équipe d'encadrement poursuit le but de mettre en œuvre un continuum de services intégrés pour la population.

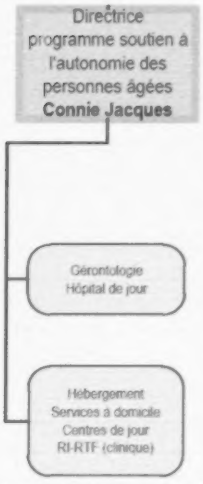
Pour atteindre cet objectif ultime, la Direction, en partenariat avec son équipe d'encadrement, a démontré, entre autres, son engagement en :

- procédant à un état de situation de chaque réseau local, afin d'en dégager un portrait du réseau territorial qui a mené à l'élaboration de plans d'action par secteur de gouvernance;
- maintenant la participation à certains comités locaux existants, tels que les comités d'accès et les équipes d'intervention jeunesse;
- amorçant les travaux visant la centralisation de la liste d'attente;
- assurant une présence à la Table nationale de coordination clinique DI-TSA-DP pilotée par la Direction des personnes ayant une déficience (DPAD – MSSS);
- participant au comité de travail national entourant la mise en place d'un guichet d'accès DI-TSA-DP;

- collaborant avec des organisations provinciales, telles que l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) et le Service québécois d'expertise des troubles graves de comportement (SQETGC) en regard de :
  - l'évaluation de la performance des établissements;
  - la poursuite des travaux visant l'implantation des guides de pratique;
  - l'élaboration d'un guide de pratique pour la clientèle âgée de 18 à 21 ans présentant une DI;
  - l'élaboration des lignes directrices en regard des activités de jour;
  - le développement de l'expertise clinique.
- participant à la démarche d'évaluation de l'intégration des services produite par le MSSS;
- poursuivant sa collaboration avec le programme Jeunesse à la transformation de l'unité le Rivage;
- coopérant avec le milieu associatif au développement d'offres de service pouvant répondre à des besoins particuliers auprès de la clientèle;
- amorçant des travaux en regard de la performance clinique (identification d'indicateurs de performance et plans d'action);
- collaborant aux travaux permettant de dégager des pistes d'optimisation budgétaire tout en maintenant une offre de service de qualité;
- maintenant ses activités en lien avec le suivi du Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience (suivi des listes d'attente, suivi du respect des standards d'accès, etc.);
- poursuivant l'élaboration de la programmation clinique portant sur la « Réadaptation intensive en milieux résidentiels spécialisés »;
- amorçant une réflexion en regard de l'offre de service aux jeunes enfants âgés de moins de 5 ans présentant un TSA;
- collaborant avec les autres directions du CISSS, à la mise en place de partenariats cliniques, au profit de la population desservie.

L'année 2015-2016 fût une année riche en changements. Portée par le désir d'offrir des services de qualité, la Direction des programmes DI-TSA-DP poursuit les efforts nécessaires à la mise en œuvre d'un continuum de services accessibles et fluides. Forte d'une année de transformation, d'appropriation et de consolidation au plan de la gouvernance, la Direction poursuit ses travaux menant à l'intégration des services.

La Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées



La Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) a pour but de privilégier une organisation des services de soutien à l'autonomie adaptée aux besoins variés et évolutifs de la personne, accessibles en mode ambulatoire ou fournis au domicile de la personne, afin que celle-ci puisse vivre dans sa maison, son logement, en résidence privée pour aînée ou en milieu de vie substitut (RI-RTF), et ce, de manière à éviter un recours forcé ou prématuré à une admission en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou à une hospitalisation.

Le vieillissement de la population est un phénomène présent partout au Québec, mais, plus particulièrement, en Gaspésie. La région compte 19 214 personnes de 65 ans et plus, soit 24,19 % de la population[2]. Ce pourcentage était de 17,8 %[3] en 2006. Avec le vieillissement de la population, le défi est d'implanter un réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dans le milieu, afin que l'ensemble des partenaires publics, privés et communautaires dispensant un continuum de services coordonnés à une population définie soit tenu responsable des effets sur la santé et le bien-être de la population desservie. Le travail en réseau de services intégrés est une des forces du CISSS de la Gaspésie, permettant ainsi de maintenir les personnes âgées à domicile plus longtemps.

Les orientations du programme sont bien établies depuis longtemps. Le domicile de la personne, soit sa maison, son logement ou une résidence pour personnes âgées, demeure le premier choix en tout temps. En réseau de services intégrés, l'objectif central est d'éviter l'utilisation prématurée de ressources coûteuses et mal adaptées aux personnes âgées comme les urgences et les lits de courte durée en centre hospitalier. Toutefois, quand les clients doivent avoir recours à ces services, le programme est également responsable de s'assurer de l'approche adaptée aux besoins des personnes âgées (AAPA). Cette approche prévoit que toutes les actions des intervenants convergent vers la prévention des complications et le déclin fonctionnel, en assurant que le milieu de soins devienne un environnement humain favorable.

Les services

La Direction du programme SAPA est responsable de l'offre de service en hébergement qui inclut des places en CHSLD dans sept installations, des ressources intermédiaires (RI) sur l'ensemble du territoire et des places en ressources de type familial (RTF). La direction est aussi partenaire des résidences privées pour personnes âgées de son territoire par l'offre de service en soutien à domicile.

---

[2] Source, ISQ, données 2015
http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_11/region_11_00.htm
[3] Source recensement du Québec, 2011

Le programme SAPA est responsable de l'offre de service en soutien à domicile pour l'ensemble de la clientèle de courte et de longue durée. Ceci se traduit dans une offre de service variée pour la clientèle postchirurgicale, en santé physique, en santé mentale, pour les personnes avec des maladies chroniques ainsi que pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou physique.

L'offre de service de soutien à domicile inclut :

- les services d'assistance pour les activités de la vie quotidienne;
- les soins infirmiers;
- les services de réadaptation et les services sociaux;
- le soutien aux proches aidants;
- les services à domicile en soins palliatifs.

Afin de répondre à ce mandat, l'organisation des services s'appuie sur des équipes de proximité formées de ressources humaines multidisciplinaires. Des ententes de partenariat sont également conclues avec l'ensemble des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) du territoire; entreprises qui contribuent de façon significative au maintien à domicile.

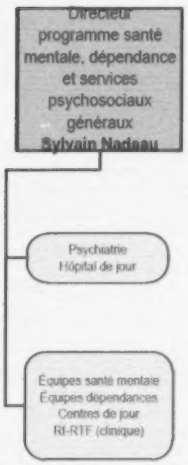
Bien que la Direction SAPA ait une mission territoriale, certaines responsabilités sont aussi régionales pour le territoire des Îles-de-la-Madeleine. La coordination régionale en maltraitance envers les aînés, en collaboration avec le ministère de la Famille et le développement d'une offre de service en troubles cognitifs, en sont des exemples.

Les réalisations

Dix cadres intermédiaires se sont joints à la directrice du programme SAPA, en janvier 2016, pour compléter l'équipe de gestion. La principale préoccupation de la dernière année a été le maintien d'une offre de service de qualité auprès de la population. Pour atteindre cet objectif, la direction SAPA a travaillé à mettre en œuvre un continuum de services intégrés pour la population :

- mettre en place une organisation de services qui respecte les cibles établies en fonction des besoins de la clientèle;
- harmoniser l'offre de service en soutien à domicile et en hébergement sur l'ensemble du territoire;
- déployer une offre de service interdisciplinaire en soins palliatifs à domicile sur l'ensemble du territoire;
- consolider les lits dédiés en soins palliatifs;
- continuer l'implantation des outils standardisés (Iso-SMAF) et implanter de nouveaux outils (Iso-SMAF Social);
- s'assurer que la clientèle en hébergement reçoive une offre conforme à notre mécanisme d'accès;
- établir un continuum de services en soutien à domicile incluant la gériatrie active;
- mettre en place des services de dépistage et d'interaction en déficit cognitif;
- revoir avec les entreprises d'économie sociale leur contribution dans les services à domicile.

La Direction des programmes Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux



La Direction des programmes Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux est responsable d'offrir une gamme de services répondant aux besoins des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale, une problématique de dépendance ou qui traversent une période plus difficile sur le plan social et psychologique.

Le programme Santé mentale

Ce programme offre des services aux personnes présentant des symptômes et/ou atteinte d'une maladie mentale. Ces services sont en lien direct avec le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 du MSSS qui s'articule sous le thème « Faire ensemble et autrement », duquel découle le plan d'action en santé mentale du CISSS 2016- 2018. Ainsi, l'offre de service en santé mentale vise à affirmer la capacité des personnes utilisatrices de services à prendre et à reprendre le contrôle de leur vie et de leur maladie et à participer pleinement à la vie collective.[4]

La Direction veille également à améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des symptômes et/ou atteintes d'une maladie mentale et faire régulièrement l'évaluation de la performance des services et soins dans ce secteur. Elle favorise la mobilisation des partenaires du CISSS de la Gaspésie en vue d'offrir une réponse adéquate aux besoins des personnes et des membres de leur entourage.

Le programme Santé mentale offre des services :

- suivi 1re ligne santé mentale;
- suivi 2e ligne santé mentale;
- guichet d'accès en santé mentale;
- soutien d'intensité variable et suivi intensif en équipe dans le milieu (SIV-SIM);
- activités de promotion et de prévention;
- programme favorisant le rétablissement.

Les réalisations 2015-2016

Le principal enjeu de la dernière année pour le programme Santé mentale a été l'implantation des changements de pratiques encouragés par la création du CISSS de la Gaspésie. Cet enjeu demeurera de premier ordre en 2016-2017. De plus, la Direction a travaillé à l'intensification des services en santé mentale sur tout le territoire gaspésien, afin d'assurer un continuum de services fluides et stables.

Par ailleurs, des efforts ont été déployés et continueront de l'être, afin de diminuer la liste d'attente en psychologie, notamment en diversifiant l'offre de service. De plus, la Direction travaille à revoir les trajectoires de service, afin de les simplifier et de les rendre plus fluides. Elle œuvre en étroite collaboration avec les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes.

---

[4] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Faire ensemble et autrement : Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, Québec, 9 octobre 2015, 92 pages.

Programme Dépendance/itinérance

Ce programme offre des services d'évaluation, de désintoxication, de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, à cause de leur dépendance à l'alcool, aux drogues, aux médicaments et aux jeux de hasard et d'argent requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.

Cette direction dessert trois CISSS par ses services en hébergement du Centre de réadaptation en dépendance L'Escale, soit : le CISSS de la Gaspésie, le CISSS des Îles-de-la-Madeleine et le CISSS du Bas Saint-Laurent.

Le programme Dépendance/itinérance offre :

- des services de désintoxication;
- des services de réadaptation avec hébergement;
- des services externes de réadaptation;
- des services d'aide et d'accompagnement à l''entourage;
- des services d'évaluation des conducteurs automobile.

Les réalisations 2015-2016

À la suite de l'entrée en vigueur de la LMRSSS, la Direction a eu à orchestrer l'intégration des équipes des services externes de 2e ligne en dépendance dans les équipes de chaque RLS de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, tout en maintenant une accessibilité rapide aux services en hébergement pour les trois CISSS desservis (Gaspésie, Iles-de-la-Madeleine et Bas-St-Laurent).

La Direction a procédé à l'implantation de l'outil d'évaluation standardisé et spécialisé en dépendances, le « GAIN », auprès de tous les professionnels en dépendance du territoire et a travaillé à développer une expertise sur les troubles concomitants, troubles d'abus de substances et troubles de santé mentale, et ce, tant en hébergement que dans les services externes.

Pour le volet itinérance, la Direction a débuté la mise en place d'un plan d'action régional en itinérance pour tout le territoire de la Gaspésie, en tenant compte des différentes réalités et en collaborant avec les partenaires de chaque RLS impliqué en itinérance. En ce sens, des tables cliniques pour le partage des réalités des différents partenaires seront à créer au cours de la prochaine année.

Programme Services psychosociaux généraux

Ce programme offre des services sociaux généraux à l'ensemble de la population et s'adapte à une diversité de problèmes sociaux et psychologiques, allant des problèmes courants jusqu'aux problèmes sévères.

La Direction a pour objectif d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination des services sur le territoire de la Gaspésie.

Le programme Services psychosociaux généraux offre des services :

- d'accueil, évaluation, orientation et référence (AAOR);
- de consultation téléphonique psychosociale 24/7;
- d'intervention de crise dans le milieu 24/7;
- de consultation sociale;
- de consultation psychologique;
- de sécurité civile/mesures d'urgence.

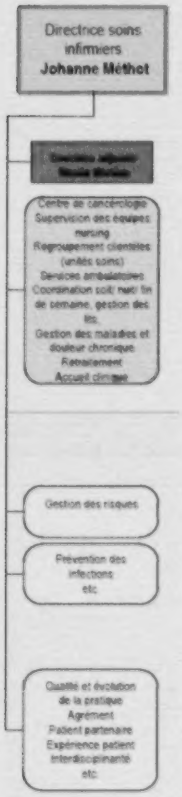
Les réalisations 2015-2016

La Direction a travaillé à améliorer l'accessibilité des services AAOR avec l'objectif d'offrir une couverture de 70 heures de service en présence de l'usager. Actuellement, le CISSS de la Gaspésie répond partiellement à cette cible (un RLS sur quatre). Le travail se poursuivra en 2016-2017.

Par ailleurs, la Direction prépare le déploiement du service de consultation psychosociale 24/7 (Info-Social) qui se concrétisera en 2016-2017.

Conformément aux orientations ministérielles, la Direction a débuté le processus de transfert de ressources psychosociales vers les GMF. Les travaux se finaliseront à l'automne 2016.

La Direction des soins infirmiers



Le rôle de la Direction des soins infirmiers (DSI) est enchâssé dans la LSSSS depuis 1971. L'autorité, les rôles et les responsabilités confiés aux instances en soins infirmiers des établissements CISSS par le législateur sont d'une importance capitale en matière de développement de la pratique professionnelle, de contrôle de la qualité des soins, de planification, de coordination et d'organisation des soins infirmiers, et ce, non seulement au sein des établissements, mais aussi au sein du réseau.

La mission de la DSI s'articule autour de deux axes principaux, soit la gouvernance des soins infirmiers et la gestion tactique et opérationnelle des programmes, services et unités de soins.

Gouverne en soins infirmiers

La DSI du CISSS de la Gaspésie a défini sa structure de gouverne, afin que celle-ci présente la nouvelle réalité organisationnelle en matière de gestion des soins infirmiers. En s'inspirant des bonnes pratiques en gouvernance, le modèle ciblé est intégrateur et priorise, dans la réflexion et l'action, la mise à contribution des directions concernées par une approche collaborative. Cette stratégie d'action vise à rehausser la responsabilisation et l'imputabilité de l'ensemble des acteurs concernés.

Nous pouvons définir la gouvernance en soins infirmiers comme étant l'ensemble des éléments décisionnels qui dirigent et guident les aspects professionnel, organisationnel et opérationnel en matière de pratique infirmière et d'organisation des soins infirmiers. Elle s'articule autour des structures, des processus et des liens organisationnels qui soutiennent la prise de décision engendrée par les besoins cliniques des patients. Elle prend assise dans les valeurs phares de notre organisation, mais également dans celles qui guident la profession infirmière. À cet égard, la DSI se dote d'une gouverne renouvelée inspirée des nouveaux défis organisationnels cliniques, notamment la variété des champs de pratique sur l'ensemble du territoire.

La volonté de la Direction, dans le cadre de la transformation du réseau, est la mise en place d'une culture d'innovation et de responsabilisation. Notre gouvernance en soins infirmiers permet la création d'un environnement qui favorise l'émergence de projets cliniques novateurs, et ce, dans un contexte de collaboration interprofessionnelle tant au sein de l'établissement qu'avec les partenaires du réseau local de services et des autres secteurs. Elle facilite aussi la mise en place des changements requis au niveau de l'organisation des soins infirmiers et le développement d'une pratique professionnelle de qualité et sécuritaire qui tient compte des besoins évolutifs des patients. Notre approche qui se veut simple, bien articulée et intégrative vise l'harmonisation des pratiques et des modèles de soins dans l'ensemble des installations de l'établissement en s'assurant des meilleurs résultats cliniques pour les patients.

L'évolution de la pratique en soins infirmiers, notamment par la venue des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et le droit de prescrire exigent de la DSI une surveillance plus accrue de la pratique clinique. De plus, l'intégration du nouveau personnel de soins, les candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), le personnel en externat, les candidates à l'exercice de la profession infirmière-auxiliaire (CEPIA) nécessitent un encadrement particulier, afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins aux patients. C'est dans cette perspective que la DSI s'est dotée d'un bureau de surveillance et de contrôle des soins infirmiers dont le principal mandat est d'assurer une vigie sur l'application du respect des champs de pratique, des règles de soins, des programmes, des protocoles, des méthodes de soins, et autres, en matière de qualité et de sécurité des soins et des services dispensés à la population.

Outre ses fonctions de surveillance, cette structure supportera les gestionnaires et le personnel de soins infirmiers par :

- l'émission de directives de soins infirmiers;
- l'émission d'avis de pertinence;
- l'accompagnement.

La structure clinique comprend les conseillères en prévention des infections, les préceptrices et les monitrices en soins. Afin de s'assurer d'une cohérence organisationnelle et d'un sens dans les actions, les différents comités, sous un modèle de gestion participative axée sur une expérience patient positive, qui en émergent sont en complémentarité avec la Direction qualité, évaluation, performance et éthique. Ainsi, cette proximité établie avec cette direction permet une meilleure articulation et un arrimage des activités et des actions, afin de mieux répondre, de façon intégrée, aux enjeux de qualité et de sécurité de l'établissement.

Dans le réseau de la santé, la légitimité des instances associées à la gouvernance en soins infirmiers, soit les directrices des soins infirmiers (DSI), les comités des infirmières et infirmiers (CII), les comités des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) et les commission d'infirmières régionale (CIR), est ancrée dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), afin de bien remplir les mandats qui leur sont dévolus par celle-ci.

Ensemble, la DSI, le CII, le CIIA et la CIR doivent assurer la mise en place des structures et des moyens qui permettent aux infirmières de fournir des soins sécuritaires et de qualité. Les processus décisionnels, les règles de soins infirmiers, les protocoles, les modèles innovants en soins infirmiers et une distribution de soins infirmiers basés sur les données probantes comptent parmi les moyens utilisés.

Gestion clinique tactique et opérationnelle

Dans ses stratégies d'approche eu égard à la gestion des services, des unités de soins et des programmes sous sa gouvernance, la DSI, avec l'ensemble de ses gestionnaires, de son personnel et des médecins vise à ce que l'organisation des services et la qualité de ceux-ci s'élèvent au niveau d'excellence attendu de celle administrée à un proche, à un membre de notre famille. L'ensemble des interventions de la Direction dans l'accomplissement des mandats qui lui sont dévolus est teinté d'une vision de qualité et de sécurité.

L'ensemble des services généraux et spécialisés sous cette direction regroupe, dans chaque RLS du CISSS, les secteurs et les programmes suivants : la cancérologie et les soins palliatifs de fin de vie, la gestion des maladies chroniques et douleur chronique, les services d'Info-santé, la gestion des lits, les guichets d'accès à un médecin de famille et les accueils cliniques, l'ensemble du personnel des GMF-UMF, les services ambulatoires en première ligne, les cliniques externes en spécialité, les blocs opératoires, les URDM (unités de retraitement des dispositifs médicaux), les services de chirurgie et de médecine d'un jour, les soins critiques (urgences et unités de soins intensifs), les unités de courte durée, sauf la santé mentale et le personnel de soins en centres de détention.

Les enjeux 2015-2016

- pertinence des activités et pratiques cliniques;
- accès aux services et aux soins;
- qualité et sécurité des soins;
- intégration des soins et services autour du patient;
- responsabilisation du personnel;
- efficience et efficacité dans les programmes, soins et services;
- harmonisation des pratiques;
- situation financière fragile.

Les défis

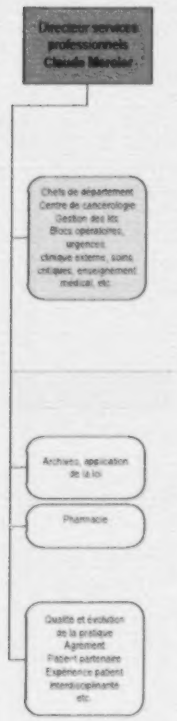
- offre de service qui accroît la performance des soins;
- influence en amont des décisions organisationnelles en matière de soins infirmiers par l'expertise;
- déploiement de la capacité sur un large territoire;
- qualité et sécurité des soins reposant sur la collaboration des acteurs;
- accès aux technologies de l'information.

Les réalisations 2015-2016

- arrêt de la main-d'œuvre indépendante en santé physique;
- diminution du temps supplémentaire;
- diminution du taux de services privés;
- fermeture des lits de débordement non-inscrits au permis;
- amélioration des durées moyennes de séjour (DMS) sur civière et en courte durée;
- élaboration et mise en place du programme et du plan d'action en cancérologie;
- élaboration et mise en place de la politique et du plan d'action en soins palliatifs de fin de vie;
- élaboration et mise en œuvre des plans d'action triennaux en maladie rénale et en douleur chronique;
- élaboration et mise en place de la gouvernance en prévention des infections;
- élaboration et mise en place du plan d'action en prévention des infections;
- mise en place d'un processus de contrôle et de validation de la pratique de soins en courte durée;
- harmonisation des pratiques en cours en courte durée;
- harmonisation du programme de chutes;
- harmonisation du cadre de référence de mesures de contrôle et d'isolement;
- harmonisation des outils cliniques en cours dans le comité clinique des soins (règles de soins, formulaires, etc.);

- élaboration des directives en soins infirmiers;
- évaluation de l'ensemble du personnel de soins en courte durée en cours de réalisation;
- formation au personnel de soins en courte durée pour amélioration des pratiques en postopératoire;
- programme de formation des assistants en soins infirmiers (ASI) en cours de réalisation.

La Direction des services professionnels



La Direction des services professionnels (DSP) est une direction prévue à la LSSSS à l'article 202. Cette direction a pour rôle principal de coordonner l'activité professionnelle et scientifique du CISSS, en collaboration avec les autres directions. Elle touche principalement l'organisation des services médicaux et pharmaceutiques.

Au cours de l'année 2015-2016, le poste de directeur des services professionnels a d'abord été occupé par Dre Claudia Plourde, d'avril à juillet 2015. À la suite de la démission de Dre Plourde, Dr Claude Mercier a été nommé, le 2 novembre 2015, pour assumer ces fonctions.

La DSP, en soutien avec les diverses installations, s'assure que la couverture des services d'urgence et l'offre médicale en lien avec les mandats du CISSS répondent aux besoins de la population.

Les réalisations

L'année 2015-2016 fût une année de transition. En ce sens, le regroupement de quatre anciens CSSS, ayant des cultures médicales différentes sous certains points, présente des défis.

Ainsi, le plan d'organisation médicale a été adopté en décembre 2015 par le conseil d'administration, et le processus de nomination des chefs de département est complété pour 8 des 10 départements médicaux du CISSS.

Les départements

- Dr Jean-François Lefebvre, chef du Département de médecine générale;
- Dre Marie Larue, chef du Département de chirurgie;
- Dre Marie-Claude Thériault, chef du Département d'imagerie médicale;
- Dre Renée Soucy, chef du Département de gynécologie-obstétrique;
- Dre Florence Ernest-Bizet, chef du Département de psychiatrie;
- Dr Antoine Robineault, chef du Département de pédiatrie;
- Dre Ariane Courville, chef du Département de santé publique;
- Vacant, chef du Département de médecine;
- Vacant, chef du Département d'anesthésiologie.

À titre indicatif, nos différents services de pharmacie ont traité plus de 1,68 millions de transactions durant la dernière année.

Situation des effectifs médicaux en MÉDECINE DE FAMILLE en date du 29 mars 2016
CISSS DE LA GASPÉSIE

CISSS DE LA GASPÉSIE	Médecins installés incluant ceux en communauté et à venir du PREM 2016 en date du 29-03-2016*	Besoins identifiés (ETP médecins) selon évaluation régionale antérieure	Pourcentage d'atteinte des effectifs médicaux en médecine de famille							
			Au 29-03-2016	2014 + PREM 2015	2013 + PREM 2014	2012	2011	2010	2009	2008
Baie-des-Chaleurs	59	56,38	**105 %**	108 %	96 %	98 %	95 %	92 %	73 %	76 %
Côte-de-Gaspé	46	54,99	**84 %**	76 %	91 %	85 %	84 %	84 %	80 %	69 %
Haute-Gaspésie	21	22,48	**95 %**		91 %	59 %	55 %	49 %	49 %	49 %
Rocher-Percé	27	31,16	**87 %**	87 %	74 %	74 %	81 %	77 %	77 %	71 %
Total :	**153**	**165**	**93 %**	90 %	88 %	79 %	79 %	75 %	70 %	66 %

* Le total de 153 médecins comprend les médecins qui viennent d'obtenir un poste au PREM de 2016 et qui ne sont pas encore installés (2 pour Baie-des-Chaleurs, 1 pour Haute-Gaspésie, 1 pour Côte-de-Gaspé et 4 pour Rocher-Percé) ainsi que les **médecins en communauté qui n'ont plus de statut et privilège en établissements (entre 15 et 20 sur le total de 153 médecins de famille en poste).**

Situation des effectifs médicaux en SPÉCIALITÉS en date du 29 mars 2016
CISSS DE LA GASPÉSIE

Suivi des PEM en médecine spécialisée	PEM 2015	Effectifs en place	Postes comblés au PEM	Effectifs en surplus autorisés	Postes vacants
RLS de La Côte-de-Gaspé	**28**	**21**	**23**		**5**
RLS de La Haute-Gaspésie	**9**	**8**	**9**	**1**	**0**
RLS de la Baie-des-Chaleurs	**32**	**25**	**28**		**4**
RLS du Rocher-Percé	**22**	**17**	**18**		**4**
TOTAL :	**91**	**71**	**78***	**1**	**13**
Postes réseaux	**3**	**0**	**0**	**0**	**3**

* Certains postes sont octroyés à des médecins qui s'installeront ultérieurement

Groupes de médecine familiale

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, cinq groupes de médecine de famille (GMF) étaient toujours en opération durant la dernière année, soit un par territoire de réseaux locaux de services (RLS) en Gaspésie (4) et aux Îles-de-la-Madeleine (1).

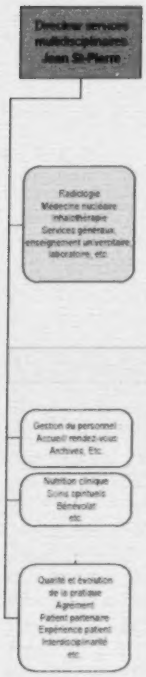
Le développement et la consolidation des services médicaux de première ligne offerts par nos GMF se sont poursuivis sur l'ensemble du territoire de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Le 16 novembre 2015, un nouveau programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF est entré en vigueur. Tout GMF qui souhaitait poursuivre son adhésion au modèle devait déposer une demande selon les modalités prévues à ce nouveau programme.

Les GMF, dont la convention, en vertu de l'ancien Cadre de gestion GMF, venait à échéance avant le 31 mars 2016 devaient compléter et faire suivre au MSSS les documents de demande d'adhésion au nouveau Programme, avant le 15 mars 2016. Tous nos GMF (4 en Gaspésie et 1 aux Îles-de-la-Madeleine) étaient dans cette situation et des demandes d'adhésion ont été déposées par chacun d'eux. La transition vers les modalités de ce nouveau programme est effective au 1er avril 2016. Notamment, le soutien professionnel infirmier en GMF se poursuivra et l'attribution de travailleurs sociaux s'ajoutera, tout comme la possibilité d'intégrer au GMF d'autres professionnels (nutritionnistes, kinésiologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, inhalothérapeutes ou psychologues) dans le cadre d'une approche multidisciplinaire. Un nouveau financement lié aux services de pharmaciens communautaires est également prévu.

Enfin, les GMF reconnus par le Ministre auront droit au financement pour contribuer aux frais liés aux opérations et à l'administration du GMF. Ce financement est établi selon le niveau du GMF et en fonction du nombre de patients inscrits, pondérés à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), auprès des médecins du GMF. En contrepartie et selon son niveau établi, le GMF a notamment l'obligation d'offrir des services médicaux couvrant un minimum d'heures par semaine, les jours fériés et durant la période des Fêtes.

La Direction des services multidisciplinaires



La Direction des services multidisciplinaires (DSM) offre du support à l'encadrement de la pratique professionnelle et gère des services préhospitaliers d'urgence, de diagnostiques, de traitements et de support (archives, secrétariat et rendez-vous) qui sont efficients, efficaces et axés sur la primauté des services par territoire, selon les standards d'accès, de proximité, d'intégration, de continuité, de qualité et de sécurité, tout en considérant les besoins particuliers de la clientèle. Ainsi, la mission de la DSM s'articule autour de deux volets principaux, soit la gestion tactique et opérationnelle de certains services ainsi que la pratique professionnelle.

La gestion tactique et opérationnelle (les services) :

Les services sous l'égide de la DSM sont :

- les services préhospitaliers d'urgence;
- l'accueil;
- les archives;
- les bénévoles;
- l'électrophysiologie médicale;
- l'inhalothérapie;
- l'imagerie médicale (radiologie et médecine nucléaire);
- les laboratoires;
- la nutrition clinique;
- et les soins spirituels.

La pratique professionnelle :

En 2015-2016, la DSM s'est principalement attardée à la mise en place du conseil multidisciplinaire (CM) et de ses sous-comités.

Par ailleurs, la DSM souhaite développer, dans la prochaine année, son offre de service transversal dans le cadre du volet support à la pratique professionnelle. Des travaux ont été amorcés en regard de la redéfinition des rôles et des responsabilités de certains postes de superviseurs cliniques, basés sur les données probantes et la recherche de valeurs ajoutées.

Les enjeux et les réalisations 2015-2016 :

Les principaux enjeux de la dernière année ont été la mise en place de la structure d'encadrement de la DSM ainsi que la recherche et l'actualisation de pistes d'optimisation, afin d'atteindre les cibles financières tout en maintenant des services accessibles et de qualité. Des travaux ont également débuté en vue de l'harmonisation des pratiques, de l'évaluation de la pertinence des examens et de l'amélioration de l'accessibilité aux divers plateaux techniques.

Services préhospitaliers d'urgence :

- La transition administrative des relations entre les entreprises ambulancières et le CISSS de la Gaspésie s'est effectuée harmonieusement, et ce, dans un contexte où une nouvelle professionnelle entrait en fonction;

- Une demande d'utilisation des soldes de fonds 2014-2015 à des fins d'amélioration de la qualité des actes et de saine gestion des activités du secteur, a été acceptée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);

- La représentativité du CISSS de la Gaspésie au sein des instances décisionnelles et cliniques du Centre d'appels urgents des régions de l'Est-du-Québec (CAUREQ) a été assurée;

- Au 31 mars 2016, des démarches de signatures de protocoles d'entente avec le CISSS de la Gaspésie, le CAUREQ et les entreprises ambulancières étaient en cours auprès de 19 municipalités du territoire;

- Au cours de l'année, les premiers répondants du territoire sont intervenus à environ 800 reprises auprès des usagers après avoir été affectés par le CAUREQ;

- Le CISSS de la Gaspésie a également dispensé un programme de formation étoffé auprès des 170 techniciens ambulanciers paramédics (TAP) et des 170 premiers répondants du territoire;

- Le CISSS de la Gaspésie a également produit un rapport trimestriel d'assurance-qualité des actes posés par les TAP du territoire. Ces rapports sont distribués aux gestionnaires des entreprises ambulancières.

Accueil :

- Le support administratif et le personnel d'accueil ont fait l'objet d'une analyse comparative avec d'autres établissements et, considérant notre richesse relative, la Direction a fait, de ce secteur, une priorité d'action en termes d'optimisation. Une réorganisation du support administratif au niveau des cadres supérieurs, des cadres intermédiaires et des différents programmes a été réalisée. Plusieurs postes ont été abolis en profitant des opportunités et d'autres ont été modifiés, et ce, afin de s'adapter à la nouvelle réalité organisationnelle;

- Au regard des mesures d'optimisation, nous avons procédé au déploiement du projet de la téléphonie IP en juin 2015, ce qui a permis de rehausser le système téléphonique dans les cinq installations du RLS du Rocher-Percé.

Archives :

- La Direction a mis sur pied un comité des archives ayant pour mandat de développer le calendrier de conservation des documents administratifs du CISSS de la Gaspésie, de définir le contenu et le calendrier de conservation des documents inclus au dossier des usagers et de produire les procédures et les directives requises pour assurer la conservation des documents en respect des lois et les règlements en vigueur;

- La Direction a également confié à des archivistes médicaux la gestion et le traitement des demandes d'accès aux dossiers des usagers soumis à la Loi sur la protection de la jeunesse;

- Le service des archives des différentes installations est également impliqué dans la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques (DME) au sein des groupes de médecine familiale (GMF) du territoire;

- En préparation au déploiement de l'Index-patient maître régional (IPM-R), le service des archives a poursuivi les démarches avec le fournisseur, afin d'amorcer les travaux au niveau de l'appariement massif de la RAMQ, dans le but de se conformer en cours d'année.

Bénévoles :

- La DSM s'est familiarisée avec son rôle de supervision de ce secteur. Elle a pris sous son aile les différents intervenants du secteur. Elle s'est engagée pour 2016-2017 à développer un plan d'action, à déterminer le panier de services devant être offert aux usagers et à consolider l'offre de service, le cas échéant.

Électrophysiologie médicale :

- L'enjeu majeur dans ce secteur est le départ, pour une année sans solde, de la seule technologue en électrophysiologie médicale sur le territoire de La Côte-de-Gaspé. Une réorganisation interne a été orchestrée et la collaboration d'une technologue de l'Hôpital de Chandler, une installation située à plus de 120 km, a été sollicitée pour répondre à certains besoins urgents, comme des électroencéphalogrammes. La Direction a intensifié ses efforts de recrutement et pense être en mesure d'accueillir une nouvelle technologue en électrophysiologie médicale, finissante à l'été 2016.

Inhalothérapie :

- Les visites périodiques de certains pneumologues du CISSS du Bas-St-Laurent, dans les quatre RLS permettent d'accroître l'accessibilité à la population du territoire du CISSS de la Gaspésie;

- Dans le RLS du Rocher-Percé, afin d'optimiser le service à la population quant aux différents examens effectués en inhalothérapie, la Direction a effectué une épuration de la liste d'attente en supprimant les doublons, en appliquant la politique interne de gestion de la non-disponibilité et en augmentant la plage horaire des examens effectués. De plus, l'informatisation de la liste d'attente et de l'horaire des rendez-vous permet de donner un portrait en temps réel et facilite le suivi quant à la gestion de non-disponibilité.

Imagerie médicale :

- Un comité territorial en radiologie (CTRad) a été implanté depuis la création du CISSS de la Gaspésie. Ce comité a pour but d'assurer la participation des gestionnaires des différents RLS du territoire, afin de soutenir la réflexion, l'action et le renouvellement des pratiques;

- Pour réaliser son mandat, le CTRad s'appuie sur une planification annuelle élaborée selon les principes suivants :

    - l'accessibilité à des services de qualité;
    - l'efficacité et l'efficience de nos services;
    - l'amélioration continue des processus;
    - la valorisation des bons coups réalisés;
    - le suivi des indicateurs de performance du MSSS.

- Afin d'accroître le support par téléradiologie pour la lecture de radiographies simples pour les RLS de La Haute-Gaspésie, de la Baie-des-Chaleurs et du Rocher-Percé, de nouvelles ententes avec des radiologistes distants ont été rendues possibles grâce aux systèmes d'imagerie PACS et à l'intégration des systèmes de dictée numérique;

- De plus, afin de supporter les RLS de la Baie-des-Chaleurs et de La Haute-Gaspésie pour la lecture des mammographies en téléradiologie, des démarches ont été entamées avec l'Hôtel-Dieu-de-Lévis, afin de rendre le tout accessible, dès le printemps 2016;

- La Direction continue d'assumer la fonction de gestionnaires PACS régional pour la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, à raison de 14 h / semaine;

- La Direction continue d'apporter son entière collaboration avec le CHU de Québec pour les divers projets suprarégionaux en consultations spécialisées;

- Dans le RLS du Rocher-Percé, le remplacement d'un des deux appareils d'échographie prévu dans le maintien des actifs a été réalisé en cours d'année. Le deuxième appareil d'échographie sera remplacé l'an prochain, ce qui permettra à la clientèle d'avoir des services à la fine pointe de la technologie.

- En cours d'année, le CISSS a eu recours au dépannage dans le RLS du Rocher-Percé, afin de permettre des congés au radiologiste permanent. Depuis janvier 2016, un deuxième radiologiste a été recruté.

Médecine nucléaire :

- Les démarches entamées dans les dernières années, afin de maintenir le délai de réalisation pour un examen électif en dessous des trois mois d'attente, ont été poursuivies;

- L'équipe de cardiologues de l'Institut Universitaire de cardiologie et de pneumologie du Québec (IUCPQ) poursuit son support au CISSS. Grâce à cette entente, les délais de prise en charge des examens à l'effort sont respectés. Cette entente permet également de diminuer le délai d'attente pour les examens cardiaques.

IRM régionale :

- Le RLS du Rocher-Percé continue d'assumer la gestion régionale de l'utilisation de l'unité mobile d'IRM;

- Des démarches d'optimisation concernant les plages horaires ont permis d'augmenter le ratio de patients vus dans une journée. Cette démarche a permis, par le fait même, de diminuer le délai d'attente pour la clientèle élective en IRM pour chacun des RLS du CISSS de la Gaspésie et du CISSS des Îles.

L'unité mobile de résonance magnétique a été présente au courant de la dernière année :

CISSS de la Gaspésie :

- RLS de la Baie-des-Chaleurs – 88 jours;
- RLS de La Côte-de-Gaspé – 54 jours;
- RLS de La Haute-Gaspésie – 33 jours;
- RLS du Rocher-Percé – 47,5 jours.

CISSS des Îles :

- Hôpital de l'Archipel – 24 jours.

Laboratoire :

- En janvier 2016, un comité territorial des laboratoires (CTLab) a été formé en vue d'élaborer un plan d'action régional sur certains travaux prioritaires au CISSS de la Gaspésie, tels que :

    - cibles d'optimisation financières;
    - acquisition d'équipements;
    - plan d'amélioration de la qualité;
    - ressources humaines;
    - Suivi Optilab.

- Le RLS du Rocher-Percé assure le leadership de la coordination régionale de ce comité soit :

    - en facilitant le partage des meilleures pratiques;
    - en stimulant l'application des différentes cibles d'optimisation;
    - en coachant la standardisation des fonctionnements;
    - en analysant certains dossiers et en suggérant les plans d'amélioration, de support ou de suivi.

- Le RLS du Rocher-Percé a supporté les autres RLS du territoire quant aux suivis à apporter aux recommandations des visites d'inspection de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec et d'Agrément Canada;

- Un partage des ressources, quant au transfert des connaissances, a été effectué pour répondre aux normes sur le transport des matières dangereuses (matières biologiques);

- L'analyse positive et concluante du projet « Implantation des analyses de biologie délocalisées (ADBD) » a permis aux RLS de la Baie-des-Chaleurs et de La Côte-de-Gaspé de mettre en place l'appareil IStat dans leurs petites urgences et, ainsi, de contribuer dans la prochaine année, à l'atteinte d'une cible financière, tout en maintenant le service à la population;

- L'équipe de pathologistes du CISSS du Bas St-Laurent poursuit sa collaboration dans l'application du service de télépathologie. Ainsi, la clientèle en oncologie qui a été opérée bénéficie d'une qualité de service optimale.

Nutrition clinique :

- La Direction a mis en place les mécanismes requis afin de combler les absences temporaires d'une nutritionniste qui est seule dans son RLS, sans avoir recours à de la main-d'œuvre indépendante. Par ailleurs, un processus d'harmonisation des politiques, des procédures et autres en nutrition clinique a débuté par la création d'un comité territorial qui entamera ses travaux dans le courant de la prochaine année;

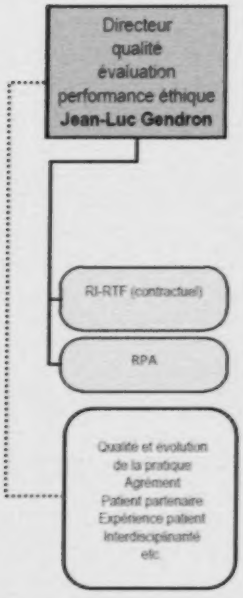
- Dans le RLS du Rocher-Percé, les évaluations et les suivis nutritionnels des clients de la clinique GMF sont réalisés à raison de deux jours par semaine.

Pastorale :

- La DSM s'est familiarisée avec son rôle de supervision de ce secteur. Elle a pris sous son aile les différents intervenants du secteur. Elle s'est engagée pour 2016- 2017, à développer un plan d'action, à déterminer le panier de service devant être offert aux usagers et à consolider l'offre de service, le cas échéant.

- La Direction a également comblé un poste à temps partiel dans le RLS de la Baie-des-Chaleurs par une intervenante en soins spirituels qui siège, entre autres, sur le comité d'éthique clinique de ce RLS.

La Direction qualité, évaluation, performance et éthique



Promouvant une culture de prestation sécuritaire des soins et des services et une culture de la mesure et de la performance, la Direction qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) est responsable des stratégies et des mesures visant le développement et l'application de normes de qualité des services rendus à la population.

Elle actualise un mandat transversal de soutien et d'expertise-conseil à l'organisation en matière de qualité et de gestion des risques, de planification stratégique, notamment par l'élaboration de solutions et de plans d'action au regard des enjeux stratégiques auxquels fait face l'établissement, de la performance, de l'évaluation et de l'éthique organisationnelle et clinique.

Les travaux entourant la DQEPE sont coordonnés au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) par la Direction de l'éthique et de la qualité (DEQ). En créant cette direction, le MSSS confirme l'importance qu'il accorde à l'éthique et à la qualité des soins et des services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il réitère également son souci de veiller à la protection des usagers et des participants à la recherche.

La DQEPE promeut une philosophie de gestion en phase avec les valeurs du CISSS de la Gaspésie que sont la collaboration, la prévoyance, la bienveillance et la compétence au service de l'usager et de ses proches, considérés comme des partenaires actifs de leurs soins.

Les mandats de la DQEPE

À partir de la mission de la DEQ du MSSS, la DQEPE du CISSS de la Gaspésie réalise les mandats suivants :

- effectuer le suivi du dispositif québécois visant l'encadrement éthique des activités de recherche menées dans le domaine de la santé et des services sociaux dans l'établissement;
- définir les orientations relatives à l'éthique dans l'établissement;
- assurer l'élaboration d'une politique locale d'assurance qualité et en coordonner le suivi;
- coordonner les liens entre le CISSS de la Gaspésie et les organismes externes concernés par la qualité et la sécurité des soins et services (ex. : organismes d'agrément, ordres professionnels, Protecteur du citoyen, curateur public, coroner, etc.);
- coordonner les liens entre le CISSS de la Gaspésie et le MSSS concernant les visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en hébergement CHSLD et RI-RTF;
- assurer le suivi des mécanismes de gestion intégrée des risques;
- assurer le suivi de l'agrément de l'établissement dans la vision d'une amélioration continue de la qualité;
- assurer le contrôle qualité des résidences privées pour aînés (RPA);

- dans le cadre de la mise en œuvre de la Loi sur la représentation des ressources (LRR), assurer :
  - le recrutement et l'évaluation RI-RTF;
  - le maintien et la conformité des critères du Ministre;
  - le contrôle de la qualité des RI-RTF;
- dans le cadre du mécanisme de suivi des ententes de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et les établissements, coordonner la démarche, afin de s'assurer que toutes les directions du CISSS de la Gaspésie participent et collaborent au bon déroulement des activités;
- optimiser la production des différents rapports de gestion et des tableaux de bord pour suivre les progrès, mobiliser les acteurs, appuyer les décisions et orienter les actions;
- assurer la coordination locale des Prix d'excellence du MSSS.

Les autres mandats DQEPE

À titre de répondant du CISSS de la Gaspésie :

- assurer le lien entre le MSSS et le CISSS, afin que les orientations en RI-RTF soient connues et respectées;
- autoriser les projets de recherche de l'établissement;
- assurer la bonne marche du comité des usagers du centre intégré (CUCI);
- soutenir les comités de vigilance et de la qualité et de la gouvernance et de l'éthique;
- dans le cadre de la transformation du réseau :
  - assurer l'implantation d'un bureau de soutien à la transformation, pour deux années, permettant l'accompagnement des équipes dans la gestion du changement.

La prochaine section regroupe, par catégorie, la description des activités réalisées par la DQEPE dans le cadre des mandats qu'ils lui ont été demandés.

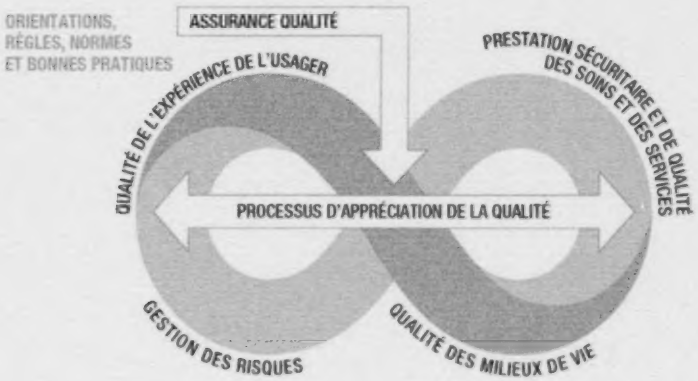
Les processus ciblés par la DQEPE

- délivrance des permis;
- attestation;
- agrément;
- recrutement et évaluation, maintien de la conformité et contrôle de la qualité;
- évaluation;
- certification;
- inspection.

La transversalité des processus d'appréciation de la qualité

Ces processus s'inscrivent en interrelation et en complémentarité entre eux et au regard des autres mécanismes d'assurance de la qualité des soins et des services, fonctions ou instances notamment, le curateur public du Québec, le bureau du coroner, le registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux et le régime d'examen des plaintes, y compris les recommandations du Protecteur du citoyen, sont un retour a posteriori sur des événements survenus.

La DQEPE coordonne la démarche d'arrimage entre les différents processus d'appréciation de la qualité. L'objectif de la démarche étant de simplifier ou de mieux arrimer les différents processus d'appréciation de la qualité présents dans le CISSS de la Gaspésie.



Adapté de MSSS (2006)

La qualité et la performance

La recherche de la qualité et de la performance optimales est une activité qui influence tous les choix qui sont faits, toutes les actions qui sont posées, ainsi que tous les acteurs ou collaborateurs impliqués dans les activités du CISSS de la Gaspésie. Que ce soit le type ou les caractéristiques de la clientèle à joindre, la formation ou la disponibilité du personnel nécessaire, l'engagement des partenaires, la nature et la complexité des services à offrir, les processus pour les produire ou la structure organisationnelle elle-même, tout vient jouer un rôle dans la capacité d'une organisation de produire des services de qualité et de les maintenir en dépit de tous les changements qui peuvent survenir.

LES DOSSIERS PRINCIPAUX DE L'ANNÉE 2015-2016

Le bureau de soutien à la transformation

Dans les prochaines années, la DQEPE aura pour mandat de soutenir les équipes cliniques dans leur transformation des processus menant à une meilleure intégration et efficience des services, toujours dans le but de mieux servir notre clientèle.

Le mandat du bureau de transformation

- soutenir et faire le pont entre le niveau stratégique et les enjeux opérationnels;
- aider et accompagner les directions cliniques (outiller les gens);
- supporter les directeurs et les cadres;
- suivre l'échéancier, transmettre des stratégies pour assurer le succès pour mobiliser les équipes (Quick Win), écouter les demandes terrain (suivi systémique);
- aider dans les priorités, les choix organisationnels;
- soutenir les gestionnaires dans la gestion de changement (gestion des résistances au changement, stratégies gagnantes, mobilisation des équipes de travail, incidents critiques);
- être gardien des orientations stratégiques (true north);
- les futurs changements doivent s'appuyer sur des conditions gagnantes ou facilitantes.

Les facteurs de réussite

- gérer de façon engagée et en portant le changement;
- rester centrer sur le client et être attentif au personnel;
- s'adresser aux pratiques, aux comportements, aux systèmes à améliorer;
- mesurer les résultats (la salle de pilotage devient un système de gestion);
- envisager les changements dans la perspective du cheminement patient (cartographie) pour être aligné sur la fluidité, l'accès et l'efficience des soins et des services;
- traduire le changement de culture (orientation clinique) par des comportements quotidiens des gestionnaires et des prestataires de services;
- favoriser le mode agir et terrain.

Le nouveau profil de gestion

Avec la transformation du réseau, le CISSS de la Gaspésie a revu et a resitué le rôle du gestionnaire dans le CISSS de la Gaspésie.

Dans l'optique d'une philosophie inspirée des composantes de l'amélioration continue de la qualité, le rôle du gestionnaire est donc passé de celui qui sait et qui règle les problèmes à celui d'un coach qui délègue et mobilise ses équipes dans la résolution de problèmes au quotidien.

Ce nouveau profil se résume de la manière suivante :

- un gestionnaire de changement porteur de la vision stratégique;
- un entrepreneur (leader habile en gestion de projet);
- un leader curieux, un leader en mouvement qui suscite la créativité et l'innovation dans le changement;
- un animateur-mobilisateur qui sait communiquer;
- un gestionnaire imputable et rigoureux;

- un résilient, capable de se mobiliser rapidement devant les défis et les opportunités d'apprentissage qui se présenteront au quotidien;
- un coéquipier qui travaille en équipe.

Tous les gestionnaires du CISSS de la Gaspésie ont participé à une journée de réflexion portant sur le nouveau rôle de gestion. Ainsi, les gestionnaires administratifs ont été rencontrés, en octobre 2015, et le gestionnaires clinico-administratifs, en décembre 2015. À ces rencontres, les gestionnaires ont reçu un guide visant leur intégration au travail dans leur nouveau rôle de gestionnaire. La haute direction a présenté les travaux futurs entourant le bureau de la transformation.

Pour l'année 2016-2017, deux projets ont été jugés prioritaires : l'équipe de gestion intégrée des services jeunesse et l'équipe de gestion intégrée des services DI-TSA-DP. Mentionnons que l'équipe de gestion intégrée des services jeunesse a amorcé ses travaux en mars 2016.

Le modèle de gestion collaborative en gestion de la qualité pour la DQEPE

L'année 2015-2016 a permis de positionner l'offre de service de la DQEPE auprès de l'ensemble des gestionnaires du CISSS de la Gaspésie. Ainsi, tous les gestionnaires du CISSS ont été rencontrés pour partager sur le modèle de gestion proposée. Un tableau de bord uniforme pour le CISSS a été présenté et validé. Les indicateurs de performance sont déterminés à partir des objectifs suivants :

- assurer une expérience patient (usager) satisfaisante et sécuritaire;
- assurer une accessibilité et une continuité de service;
- assurer la qualité et la sécurité des services;
- assurer les compétences et le climat de travail.

L'étude de la satisfaction de la clientèle en hébergement – Réseau local de services (RLS) de la Baie-des-Chaleurs

En 2015-2016, la DQEPE a coordonné une démarche d'étude de la satisfaction de la clientèle en hébergement. Cette étude a été réalisée dans les CHSLD de la Baie-des-Chaleurs (New Carlisle, de Maria et de Matapédia).

Voici un tableau synthèse des résultats obtenus :

Secteurs	Centres d'hébergement		
	New Carlisle Taux de satisfaction (%)	Maria Taux de satisfaction (%)	Matapédia Taux de satisfaction (%)
Secteur relationnel	90	89	80
Secteur professionnel	89	82	79
Organisation des services	84,5	73	73
Secteur milieu de vie	86	84	77
Satisfaction générale	86	81	81

Note : Des résultats au-dessus de 80 % sont jugés satisfaisants et au-dessus de 85 % sont très satisfaisants.

Les résultats

- Les résultats sont similaires à ceux obtenus lors de la visite d'agrément dans le RLS de la Baie-des-Chaleurs (en novembre 2014). Mentionnons le haut standard de qualité maintenu à New Carlisle. Le secteur professionnel à New Carlisle se démarquant de manière significative.
- L'aspect relationnel, particulièrement à Maria et à New Carlisle, se démarque de façon significative.
- L'organisation des services à Maria (73 %) et à Matapédia (73 %) demeure à consolider et à améliorer.
- Actuellement, les trois (3) centres d'hébergement mettent en place des plans d'amélioration continue de la qualité.
- Les résultats ont été diffusés dans chaque centre d'hébergement (tableau de bord et certificat DQEPE).
- Le prochain sondage se tiendra à l'automne 2016, pour la visite d'agrément 2017.

L'évaluation de la pratique de l'hygiène des mains – Audit de qualité

La sécurité des patients demeure une priorité du CISSS de la Gaspésie. C'est dans cette optique qu'a eu lieu, du 15 février au 4 mars 2016, une démarche d'audit visant la mesure de la conformité des pratiques de l'hygiène des mains dans tous les hôpitaux et centres d'hébergement de la Gaspésie :

- soin de courte durée : unités de médecine et de chirurgie ;
- soin de longue durée.

Les résultats

Le taux d'observance de la pratique de l'hygiène des mains pour l'ensemble des secteurs évalués (n = 1907) est de 63,4 %.

Nous avons constaté généralement des taux plus bas de conformité de la pratique de l'hygiène des mains dans les unités de soins de longue durée (comparativement aux soins de courte durée) :

- *taux général de 68,9 % pour les soins de courte durée;*
- *taux général de 56,8 % pour les soins de longue durée.*

Des plans d'action sont actuellement en place pour améliorer les résultats et réaliser la cible du Ministère de l'ordre de 80 %. Un second audit de la qualité sera effectué en juin 2016, afin de corroborer ou non les résultats enregistrés en novembre 2015.

Soulignons que cette démarche collective vise à standardiser et à orienter nos pratiques dans l'optique de travailler ensemble, de manière concertée, à la réalisation d'un objectif : la sécurité des usagers et des employés.

Le réseau RI-RTF – Transformation

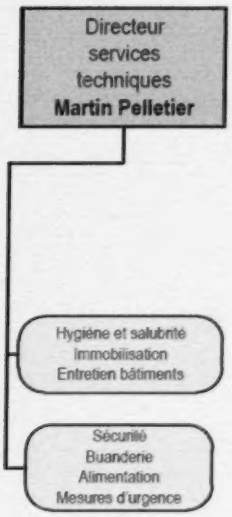
La DQEPE est responsable de la coordination des RI-RTF auprès du MSSS. En 2015-2016, plusieurs rencontres ont été tenues entre le MSSS (Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS) – RI-RTF et notre établissement.

L'année 2015-2016 a été consacrée principalement aux négociations entre le MSSS et les RI-RTF dans le cadre des lois LRR et LSSSS. À la fin de l'année, le MSSS a formé les cadres de l'établissement au nouveau cadre de référence RI-RTF et les intervenants usagers à l'instrument de classification.

Voici les principaux dossiers traités, en collaboration avec les directions cliniques et administratives :

- effectuer la catographie des responsabilités de chaque direction touchée par les RI-RTF;
- évaluer le volet RI-RTF en intégrant la démarche qualité pour tous les programmes visés;
- relancer les travaux concernant les comités de concertation locaux (CLC);
- déterminer les répondants affaires (modes régional et local);
- déterminer, pour chaque ressource RI-RTF, un répondant;
- revoir le fonctionnement global du réseau RI-RTF dans le CISSS de la Gaspésie;
- mettre en place le processus contrôle de la qualité des services rendus aux usagers en RI-RTF pour toutes les directions cliniques (santé mentale, SAPA, DI-TSA-DP et jeunesse).

La Direction des services techniques



La Direction des services techniques (DST) se veut un partenaire engagé avec les directions cliniques et administratives dans le but de s'assurer que ses services répondent bien aux besoins des différentes clientèles cliniques et professionnelles.

En ce sens, elle s'assure de la sécurité des lieux, des environnements, tant internes qu'externes, de l'entretien sanitaire des différentes installations et répond aux exigences alimentaires de toutes les clientèles du CISSS de la Gaspésie.

Elle regroupe les services d'entretien ménager, d'immobilisation, d'entretien des bâtiments, de sécurité, de buanderie, d'alimentation et des mesures d'urgence.

Elle assure conseils et assistance aux autres directions dans l'élaboration de solutions tant pour les rénovations fonctionnelles, le maintien d'actifs, les équipements non médicaux et le mobilier, les services alimentaires, l'hygiène et salubrité, les services de buanderie, les stationnements, et ce, en conformité avec les différentes normes de pratique en vigueur.

De plus, la DST a le mandat d'assurer la coordination de la réponse Sécurité civile - Mission Santé qu'a le CISSS de la Gaspésie pour le territoire gaspésien et aussi pour le CISSS des Îles. Ce rôle revient au coordonnateur de la sécurité et des mesures d'urgence qui relève du directeur des services techniques.

La DST en chiffres :

- budget total d'exploitation 2015-2016 : 30 M$;
- budget alloué aux fonds d'immobilisations 2015-2016 : 19 M$;
- plus de 375 employés à temps complet (ETC) et à temps partiel dont la gestion est assurée par 9 cadres intermédiaires;
- superficie totale des 49 installations : 131 341 m^2.

Les enjeux 2015-2016

L'année 2015-2016 a permis une prise de connaissance des 49 installations réparties sur le territoire desservi par le CISSS de la Gaspésie et un maintien des opérations de maintenance et d'hôtellerie dans un contexte de transformation majeure.

L'année a débuté par la mise en place d'une structure organisationnelle permettant de conserver une proximité nécessaire avec les gens qui composent les équipes techniques, et ce, dans chacun des territoires couverts par le CISSS de la Gaspésie. Ainsi, chaque réseau local a son chef de maintenance et du génie biomédical (GBM), et son chef d'hôtellerie. Chaque chef de maintenance a aussi la responsabilité locale de l'application des mesures d'urgence, en cas de sinistre.

Les réalisations

Maintenance, génie-biomédical et réalisation de projets d'immobilisations

En plus d'avoir réussi à respecter en totalité les budgets qui lui ont été impartis, la DST a réussi à répondre aux attentes du plan d'équilibre budgétaire, tout particulièrement par l'optimisation de l'utilisation de ses ressources. Il est à noter que plusieurs projets ou dossiers ont été repris par le personnel d'encadrement nouvellement en poste dans un contexte où 3 cadres sur 12 quittaient le réseau cette année et que 2 sur 3 étaient remplacés.

Tous les projets contenus dans les plans de conservation et de fonctionnalité immobilières (PCFI) et ceux contenus dans les plans de conservation des équipements médicaux et de mobilier ordinaire (PCEM) ont été repris. Cela représente plus de 10 M$ d'investissement en provenance du fonds des immobilisations reliés à ces plans de maintien des actifs.

Les principaux projets d'immobilisations :

- aménagement de la clinique externe à l'Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé (1,5 M$);
- aménagement des unités de soins de longue durée au Centre d'hébergement Mgr Ross de Gaspé - Phase 1 (3 M$);
- déménagement de la clinique externe de santé mentale et de la Direction de la santé publique (300 K$);
- l'achat d'un appareil de mammographie à Gaspé (300 K$);
- construction du service externe en gériatrie ambulatoire (SEGA) à Chandler (5 M$);
- réaménagement d'une nouvelle pharmacie à l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts incluant de nouveaux équipements (1,6 M $);
- déménagement de l'unité de soins de courte durée à l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts (350 K$);
- réaménagement fonctionnel au Centre d'hébergement de Cap-Chat (500 K$);
- travaux majeurs de maintien des actifs à New Carlisle (600 K$);
- travaux d'installation d'une chaudière à l'huile à l'Hôpital de Maria (1 M $).

L'état de vétusté des bâtiments de CISSS est sous contrôle dans le RLS de La Haute-Gaspésie ainsi que dans le RLS du Rocher Percé. Cependant, des défis majeurs sont à considérer dans un avenir rapproché pour les RLS de La Côte-de-Gaspé et de la Baie-des-Chaleurs dans un contexte de désuétude plus élevé qu'ailleurs. Les installations de La Côte-de-Gaspé souffrent d'un déficit d'entretien et celles dans de la Baie-des-Chaleurs sont contraintes, surtout en raison de leur âge, ce qui en limite la capacité à les transformer.

À titre d'exemple, pour l'année 2015-2016, le projet de construction d'une nouvelle urgence à l'Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé a été relancé. De plus, une reprise du projet de construction d'une nouvelle pharmacie à l'Hôpital de Maria, ainsi qu'un projet d'agrandissement et de réaménagement de la pharmacie pour l'Hôpital de Chandler sont effectifs.

Les projets 2016-2017

Toujours dans les défis pour l'Hôpital de Maria, il devient important de présenter un projet de construction d'une nouvelle urgence et de consolider les unités de soins de courte durée. Le réaménagement de l'accueil au CLSC de Paspébiac devrait aussi être réalisé en 2016-2017.

Au niveau des équipements, les remplacements majeurs de la prochaine année sont ceux d'une salle de fluoroscopie à Maria, d'une salle de graphie à Sainte-Anne-des-Monts et d'un appareil de médecine nucléaire à Chandler pour un total approximatif de 3 M$.

Les équipements nécessitent une maintenance préventive assidue en cours d'année pour les maintenir dans un bon état de fonctionnement. En 2015-2016, il n'y a pas eu de bris occasionnant des ruptures de service qui auraient pu, par exemple, nécessiter la déviation de la trajectoire de soins vers un autre lieu. Cependant, les délais de remplacement qui s'étirent pour un équipement en fin de vie ne seraient plus supportés par le fournisseur, ce qui augmente notre niveau de risque.

Des projets de gestion des pointes énergétiques dans tous les bâtiments à haute consommation sont sous analyse afin de faire ressortir des choix qui permettraient des économies substantielles.

Les services d'hôtellerie

Ces services sont composés de l'hygiène et salubrité, de la buanderie et des services alimentaires.

Ces derniers influencent directement la qualité des soins offerts. Ils nécessitent le respect des normes de qualité, de sécurité et des pratiques reconnues par le MSSS, celles de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et également celles recommandées par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) pour ce qui est des services alimentaires.

Il est important de mentionner que les services d'hygiène et salubrité de la DST ont respecté à 100% les attentes stipulées dans l'entente de gestion sur l'élimination des zones grises, la désignation, les relevés et la responsabilité de ces dernières.

Les équipes de travail sont composées de personnes dévouées qui, souvent, travaillent dans chacun des secteurs pour compléter leur semaine de travail. Cette mixité de compétences représente aussi un défi lorsque vient le temps de procéder à des remplacements, ce qui est le lot au quotidien des cadres responsables.

Par ailleurs, des défis d'optimisation s'imposent d'eux-mêmes, puisque que le secteur des services alimentaires est particulièrement soumis aux fluctuations du marché qui se produisent en cours d'année. Des choix s'imposeront quant aux façons de faire, en fonction des opportunités qui seront décelées ou de projets innovateurs qui émergeront.

La sécurité civile, les plans de mesures d'urgence et les agents de sécurité

L'année 2015-2016 en fut une d'appropriation de ces nouvelles responsabilités et d'implantation d'une structure fonctionnelle, et surtout opérationnelle. Une garde en sécurité civile est en place pour couvrir la Gaspésie et aussi les Îles-de-la-Madeleine. Une valise de garde électronique est actuellement en déploiement et les liens avec les partenaires en sécurité civile ont été accentués.

Les activités réalisées par le CISSS de la Gaspésie l'ont principalement été dans les dimensions prévention et préparation de la sécurité civile. L'établissement a cependant eu à intervenir lors de l'écrasement d'avion survenu aux Îles-de-la-Madeleine, le 29 mars 2016.

Le défi de la DST repose maintenant dans l'harmonisation des plans de mesures d'urgence (PMU) des différentes organisations qui composent le CISSS de la Gaspésie. En effet, des écarts importants sont notés et la Direction vise le meilleur ajustement possible à cet égard. Les exercices d'évacuation, en cas d'incendie ou autres sinistres, devront être intensifiés dans les différentes installations des réseaux locaux. Le coordonnateur de la sécurité et des mesures d'urgence travaille en collaboration avec les chefs de maintenance de chacun des réseaux locaux dans la mise en œuvre des PMU.

Au niveau des équipes d'agents de sécurité, deux RLS sont desservis par une agence externe soit la Baie-des-Chaleurs et le Rocher Percé. Le RLS de La Haute-Gaspésie dispose d'une équipe de travailleurs dédiée à la tâche d'agent de sécurité. La sécurité, dans le RLS de La Côte-de-Gaspé, est assurée par des agents à l'accueil et à la sécurité. Le CISSS aura à se positionner en 2016-2017 quant à ce fonctionnement hybride.

Les stationnements

La création du CISSS entraîne le défi d'harmonisation des façons de gérer les parcs de stationnement en Gaspésie. Il est à noter qu'au niveau national, le MSSS se penche présentement sur la question afin de guider et de baliser les orientations que devront prendre les CISSS et les CIUSSS de la province de Québec. Plus spécifiquement, pour La Côte-de-Gaspé, le contrôle des accès par des barrières est à envisager en 2016-2017.

La gestion des espaces

La DST assume le rôle de gestionnaire de l'utilisation des espaces. La dernière année a permis de réviser les baux de location de plusieurs installations à loyer et de proposer des fins de baux, ce qui fut le cas pour le Centre de réadaptation de Chandler et le Centre jeunesse de Bonaventure.

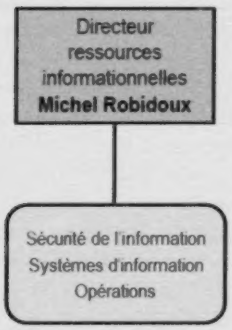
Par ailleurs, le défi réside dans la possibilité de déménager les personnes dans les installations qui appartiennent au CISSS de la Gaspésie. Cela est plus facile dans les secteurs où il y a un excédent d'espaces ou un bon potentiel d'optimisation, ce qui s'avère exact pour quelques secteurs à l'exception de la Baie-des-chaleurs où les espaces excédentaires sont quasi nuls. La situation exige alors un exercice de questionnement de l'utilisation actuelle qui oblige nécessairement la participation des utilisateurs. Dans le contexte actuel de transformation, l'opportunité est sans précédent pour reconsidérer la répartition de l'offre de service sur un territoire de manière à en améliorer l'accès.

De plus, il y a la gestion des demandes de locaux, soit pour accueillir un nouvel employé ou pour s'adapter à une nouvelle façon de faire. Cela se fait actuellement de façon aléatoire et un processus de priorisation des demandes de locaux devra être mis en place au cours de 2016-2017.

Le développement durable

La DST a le devoir de répondre aux exigences émanant de la Loi sur le développement durable qui forcent, entre autres, des choix environnementaux principalement en matière de gestion des déchets et d'économie d'énergie. De plus, la Direction répond aux attentes ministérielles en matière d'économie d'eau potable (Stratégie québécoise d'économie d'eau potable) et reconnaît, par ailleurs, qu'un potentiel d'optimisation supplémentaire est possible en Haute-Gaspésie, dans La Côte-de-Gaspé et dans la Baie-des-Chaleurs.

La Direction des ressources informationnelles



La Direction des ressources informationnelles (DRI) regroupe l'ensemble des équipes informatiques des sept établissements qui ont constitué les fondations du CISSS de la Gaspésie. La mise en commun des connaissances permettra d'augmenter l'expertise globale de l'équipe régionale au rythme des consolidations technologiques. Ceci se fera progressivement, au fur et à mesure que les équipements seront rehaussés et que des technologies communes seront déployées sur le territoire de la Gaspésie.

La DRI comprend trois sphères d'activités principales : les systèmes d'information, les opérations et la sécurité de l'information.

Systèmes d'information
Le service des systèmes d'information regroupe l'équipe chargée de toutes les activités informatiques liées aux systèmes d'information.

Dans une organisation de l'envergure du CISSS de la Gaspésie, on trouve des systèmes d'information cliniques tels que les systèmes du laboratoire, du bloc opératoire, de la pharmacie et de radiologie, des systèmes d'information clinico-administratifs tels que les systèmes d'ADT, de rendez-vous, I-CLSC et finalement, des systèmes d'information administratifs tels que les systèmes de paie, d'approvisionnement ainsi que les systèmes financiers.

Tous ces systèmes d'information requièrent des activités de soutien régulières. Que ce soit l'installation de nouvelles versions du logiciel ou l'ajout de nouvelles fonctionnalités, des mises à jour doivent être installées. L'équipe des systèmes d'information accompagne les détenteurs des systèmes d'information dans leurs projets de mise à jour et de rehaussement. Les membres de l'équipe agissent comme chargé de projet informatique pour toute activité d'envergure touchant aux systèmes d'information.

Dans un monde où la gestion de l'information est essentielle à toute organisation performante, la quantité de données à traiter augmente de plus en plus au point qu'il est parfois difficile de s'y retrouver. Le mandat de l'équipe Info-Centre est d'aider les dirigeants et les gestionnaires à exploiter les données probantes à l'exercice de leur fonction. L'équipe de l'Info-Centre est présente pour aider à extraire les données significatives à la reddition de comptes et à l'optimisation des activités quotidiennes.

Opérations
Le service des opérations regroupe l'équipe chargée de toutes les activités informatiques liées au soutien des utilisateurs et à la gestion du parc informatique.

Que ce soit pour signaler une panne (un incident) ou pour l'ajout d'un nouveau service, le Centre de service offre une porte d'entrée unique pour tous les services informatiques. Le service de proximité regroupe les activités ne pouvant se faire à distance. Que ce soit le remplacement d'un équipement physique tel un écran, une souris ou tout le poste de travail, des techniciens en informatique doivent être disponibles dans les quatre RLS.

L'équipe d'infrastructure est responsable des services communs. Que ce soit l'entretien et l'installation des serveurs, des fermes de virtualisation ou des équipements

d'interconnexions réseau, l'accès aux actifs informationnels est tributaire de l'infrastructure.

Sécurité de l'information
La sécurité de l'information regroupe les ressources responsables de s'assurer du respect des exigences ministérielles en sécurité de l'information. Tous les utilisateurs d'actifs informationnels doivent connaître et respecter la Politique de sécurité de l'information adoptée par le conseil d'administration du CISSS, en mars 2016.

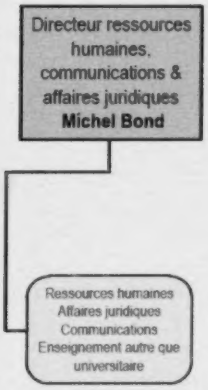
Les réalisations

Sujet	Mesures et engagements	État d'avancement au 31 mars 2016
Dossier Santé du Québec (DSQ)	Alimentation du DSQ par les systèmes cliniques du CISSS et consultation de l'information par les cliniciens Volet Pharmacie Volet Laboratoire Volet Imagerie	<u>En alimentation</u> 8 laboratoires sur 8 30 pharmacies sur 30 Imagerie : travaux prévus en août pour les 5 solutions d'imagerie médicale/PACS <u>En consultation</u> 4 GMF 4 cliniques médicales 1 clinique médicale spécialisée 2 UMF 22 sites publics
Dossier médical électronique (DMÉ)	Hébergement régional de la solution de DMÉ Alimentation du DMÉ avec les systèmes d'information du CISSS et consultation, requête et notes cliniques par les cliniciens Volet Laboratoire Volet Imagerie Volet pharmacie- Accès au DSQ par le DMÉ	<u>En alimentation</u> 8 laboratoires sur 8 Imagerie du RLS de La Côte-de-Gaspé Pharmacie prévu en juin 2016. <u>En utilisation</u> 4 GMF incluant la partie publique intra-muros (CLSC et UMF). La majorité des cliniques privées en GMF de la région ont adopté l'utilisation du DMÉ pour la gestion des patients et des rendez-vous. Les médecins et les infirmières ont débuté l'utilisation de la note électronique et la prescription de médicaments dans le DMÉ.

Sujet	Mesures et engagements	État d'avancement au 31 mars 2016
Gestion du parc informatique	Remplacement du système d'exploitation XP par Windows 7 pour l'ensemble des postes de travail avant le 31 mars 2016. *Plan de mitigation pour les postes non rehaussés à produire pour le MSSS.* Remplacement du système d'exploitation Windows Server 2003 par la version 2008 ou 2012 avant le 1er juillet 2016. *Plan de mitigation pour les serveurs non rehaussés à produire pour le MSSS.*	1875 des 1947 postes sont rehaussés à Windows 7. *Plan de mitigation des postes de travail approuvé par le MSSS.* 175 des 430 serveurs migrés. Le rehaussement d'un serveur requiert souvent le rehaussement du système d'information hébergé sur le serveur et les rehaussements des systèmes d'information sont sous un moratoire du MSSS. *Le plan de mitigation sera soumis au MSSS le 1er juillet 2016.*
Courrier électronique	Optimisation du courriel : Infrastructure régionale pour remplacer les serveurs des anciens établissements. Rehaussement à la version serveur à Domino 9.0. Rehaussement des clients à la version 9.0 et iNotes Migration des comptes client vers l'infrastructure régionale.	Infrastructure régionale déployée. <u>Utilisateurs rehaussés et migrés :</u> Réadaptation; Jeunesse; Ancienne agence; RLS de La Haute-Gaspésie. <u>Utilisateurs rehaussés :</u> RLS de la Baie de Chaleur; RLS du Rocher Percé.
Plan de gestion des ressources Informationnelles (Loi 133)	Planification triennale des projets et des activités en ressources informationnelles (PTPARI) 2017-2020. Planification annuelle en ressources informationnelles (PARI) 2016-2017. Bilan annuel des réalisations en ressources informationnelles (BARRI) 2015-2016 : État de santé des projets (ESP) du 31 mars 2016.	Seront complétés pour le 29 avril 2016.

Sujet	Mesures et engagements	État d'avancement au 31 mars 2016
Optimisation de la téléphonie	Rehaussement et regroupement des systèmes téléphoniques.	Système de l'Hôpital de Chandler rehaussé. Système de l'Hôpital de Maria rehaussé. Plan de projet pour les deux autres RLS en élaboration.
Regroupement des ressources humaines	Regroupement des ressources humaines des sept anciens établissements sous une direction. Mise en place d'une structure fonctionnelle. Mise en place d'un centre intégré de services. Inventaire des actifs informationnels. Mise à niveau des infrastructures. Consolidation des processus de travail et des façons de faire.	Équipe de gestion en place. Les services des opérations et des systèmes d'information sont en place. Collecte des inventaires par ancien établissement en cours. Plan de rehaussement des infrastructures en préparation.
Sécurité des actifs informationnels	Consolidation des politiques de sécurité de l'information des anciens établissements en une politique pour le CISSS en lien avec la politique de sécurité du MSSS et celle du secrétariat du Conseil du Trésor (SCT). Élaboration du cadre de gestion de sécurité de l'information. Mise en place d'un processus de gestion des incidents de sécurité.	La politique et le cadre de gestion de sécurité de l'information ont été adoptés par le conseil d'administration et approuvés par la PDG. Le processus de gestion des incidents est en rédaction.

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques



L'équipe de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) est centrée sur l'être humain, ses motivations, son engagement et sa capacité de mobilisation, son savoir et sa capacité d'apprendre, son désir d'être informé et de faire respecter ses droits.

Par son expertise, son savoir-faire, son courage et sa créativité, la DRHCAJ est un partenaire stratégique dans le bon fonctionnement et le développement d'une organisation performante, dans le domaine de la santé et répondant aux besoins de la population.

Au service de la mission de l'organisation et de son enjeu d'intégrer les services de première et de deuxième ligne de toute la région, la DRHCAJ se fait le promoteur des valeurs de l'organisation.

La Direction est également un partenaire de premier plan dans le bon fonctionnement opérationnel et joue un rôle d'expert-conseil et de soutien stratégique au sein de l'organisation. Elle répond aux besoins des employés et des gestionnaires, à ceux de l'organisation et aux besoins d'adaptation à son environnement externe.

Les principaux indicateurs de gestion

La main-d'œuvre indépendante, liée aux soins infirmiers, a été éliminée du CISSS de la Gaspésie après six mois de sa création. Il s'agit de l'un des gains les plus significatifs au niveau des ressources humaines depuis le 1er avril 2015.

Les transformations majeures au niveau organisationnel, les réorganisations du travail dans les secteurs ciblés et la planification des ressources humaines ont apporté une réduction des heures travaillées et du temps supplémentaire.

La période de changement et de transformation a pu avoir une incidence sur la situation liée à la présence au travail. Toutefois, une démarche organisationnelle de suivi et d'amélioration de la situation a été amorcée en janvier 2016 dans toute la région auprès des gestionnaires.

Indicateurs	Résultats			Cible
	P13 2014-2015	P10 2015-2016	P13 2015-2016	
Ratio d'heures d'assurance salaire	6	6,55	6,9	5,98
Taux d'heures supplémentaires	3,12	3,31	3,0	3,46
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,04	0,71	0,7	1,07

Les réalisations 2015-2016

Depuis la création du CISSS de la Gaspésie, la DRHCAJ a travaillé sur plusieurs grands dossiers, dont :

- la mise en place de la structure d'encadrement administratif;
- la mise en place de la structure d'encadrement clinique;
- le soutien et implication dans la démarche de retour à l'équilibre budgétaire;
- la réalisation d'une planification de la main-d'œuvre;
- l'harmonisation des pratiques dans la gestion de la présence au travail et la prise en charge de situations problématiques;
- la mise en place d'une structure de fonctionnement au niveau des communications organisationnelles;
- la mise en place d'un comité RH avec le conseil d'administration;
- le transfert des employés de l'Agence de santé et de services sociaux de la Gaspésie-Les-Îles : processus d'abolition de postes et de replacement;
- l'élimination de la main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers pour La Haute-Gaspésie et La Côte-de-Gaspé;
- l'analyse des postes vacants de l'organisation et l'évaluation des besoins et des opportunités.

Autres dossiers pour l'année 2016-2017

- la mise en application des conventions collectives nationales;
- la mise en place de politiques et de procédures pour l'organisation;
- la participation aux négociations locales.

L'équipe des ressources humaines de chaque RLS a également mené à bien différents dossiers propres à leur réalité respective.

Le réseau local de services de la Baie-des-Chaleurs

Fusion des centres d'activités des soins infirmiers – Secteur Avignon

Le 30 octobre 2015, la Direction a procédé à la fusion des centres d'activités du Centre d'hébergement de Matapédia et du soutien à domicile Avignon au niveau des soins infirmiers (infirmières et infirmières auxiliaires).

Fusion des centres d'activités des soins infirmiers – Courte durée – Hôpital de Maria

Le 30 octobre 2015, la Direction a procédé à la fusion des centres d'activités de la courte durée de l'Hôpital de Maria : médecine, chirurgie-pédiatrie (incluant l'oncologie et la médecine de jour), soins intensifs et maternité au niveau des soins infirmiers (infirmières et infirmières auxiliaires).

Réorganisation du travail du Centre d'hébergement de New Carlisle

L'objectif était de respecter les orientations et les cibles du MSSS en hébergement (3,5 heures soins/ 24 heures, composition des équipes : 35 % soins infirmiers, 65 % préposés aux bénéficiaires).

Réorganisation du travail du Centre d'hébergement de Maria
À l'automne 2015, la Direction a procédé à une réorganisation du travail au Centre d'hébergement de Maria. L'objectif était de respecter les orientations en hébergement (3,5 heures soins/ 24 heures, composition des équipes : 35 % soins infirmiers, 65 % préposés aux bénéficiaires).

Planification de la main-d'œuvre
En janvier 2016, la Direction a déposé au MSSS son premier exercice de planification de la main-d'œuvre. Cet exercice a permis de faire un portrait de la main-d'œuvre et des besoins de recrutement.

Le réseau local de service de La Côte-de-Gaspé
Intégration des employés de l'Agence de santé et de services sociaux Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
La Direction a réalisé le transfert des employés de l'ancienne agence de la santé et des services sociaux vers les unités d'accréditation syndicales du CSSS de La Côte-de-Gaspé. Les démarches entreprises auront permis l'intégration d'une forte majorité des anciens employés de l'Agence à l'intérieur du nouveau CISSS.

Réorganisation des équipes du Centre d'hébergement Monseigneur-Ross dans le cadre des travaux de rénovation
De nombreuses démarches ont permis d'ajuster les équipes de travail selon les besoins réels et en tenant compte de l'avancée des travaux. Des ententes avec les syndicats ont été nécessaires afin de permettre une transition et une réorganisation facilitant le bon déroulement de ces travaux.

Réorganisation du travail au laboratoire du CLSC de Grande-Vallée
Les ressources humaines ont été impliquées dans la réorganisation qui s'est orchestrée au CLSC de Grande-Vallée consistant à l'implantation d'une nouvelle technologie permettant de recevoir rapidement des tests laboratoire.

Le réseau local de services de La Haute-Gaspésie
Déménagement de l'équipe des ressources humaines
L'équipe de l'ancien CSSS de La Haute-Gaspésie et celle de l'ancien Centre de réadaptation de la Gaspésie ont été fusionnées. Cette fusion a été accompagnée d'un déménagement pour l'équipe de l'ancien CSSS.

Réorganisations de divers services
La nouvelle équipe élargie a complété, les réorganisations du travail et des postes visant l'optimisation des services, dont hygiène et salubrité à l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts et l'équipe de soins au Centre d'hébergement de Cap-Chat. Également, une attention particulière à la gestion et à la planification de la main-d'œuvre a permis d'enrayer le recours à la main-d'œuvre indépendante.

Participation aux comités locaux
Les ressources humaines assurent également une participation active au sein des divers comités locaux de transformation, notamment celui visant la définition des rôles et responsabilités de l'équipe en multiclientèle.

Planification du développement des compétences

Assurant un leadership régional, l'équipe s'est aussi vue confier le mandat du plan de développement des compétences. Pour ce faire, un important chantier de consultations et de coopération amène les différents acteurs à se coordonner, à arrimer les besoins et à bonifier les pratiques. Une politique et une procédure à cet effet furent écrites et seront bientôt présentées pour consultation.

Gestion de la présence au travail

La gestion de la présence au travail est maintenant une gestion regroupée pour tout le territoire. Si cette gestion passe d'abord par chaque supérieur immédiat et leur direction respective, elle se doit d'être accompagnée par tous les intervenants de l'équipe de gestion de la présence au travail répartis dans chacun des quatre RLS de notre territoire Gaspésien.

De janvier à mars 2016, chaque directeur et/ou hors cadre, accompagné des gestionnaires sous leur gouverne, ont été rencontrés afin d'être mis au fait des résultats de la gestion de la présence au travail pour le RLS visité.

La politique en gestion de la présence au travail et la procédure qui l'accompagne ont aussi fait partie d'une première vague de consultation qui se poursuivra auprès des diverses instances du CISSS dont les syndicats et les comités de professionnels de la santé.

La Direction supportera les gestionnaires dans l'application des nouvelles mesures qui seront prises pour la gestion de la présence au travail.

Prévention au travail

Un autre virage important depuis la mise en commun des expertises a été la prise en charge de certains dossiers complexes avec la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). Il s'agit d'un élément important dans le support aux équipes et aux gestionnaires de l'organisation et une prémisse importante au développement d'une culture de prévention.

Implantation du programme PRET

L'année 2015-2016 a été marquée par le déploiement de l'offre de service du programme PRET (Programme de RÉintégration au Travail) dans les RLS de La Haute-Gaspésie et de La Côte-de-Gaspé. Le PRET était déjà offert dans les deux autres RLS soit la Baie-des-Chaleurs et le Rocher-Percé.

Le programme PRET est un programme offert par l'employeur sur référence du service santé pour certains employés ciblés. Le but est de favoriser une approche psychologique dynamique, disponible le plus rapidement possible au début de l'absence de l'employé. Cette approche vise l'élaboration d'un plan d'action individualisé, axé sur le retour au travail avec des conditions favorables et la prévention de la rechute. Durant cette année, plus de 76 employés ont été référés au PRET sur l'ensemble de notre territoire.

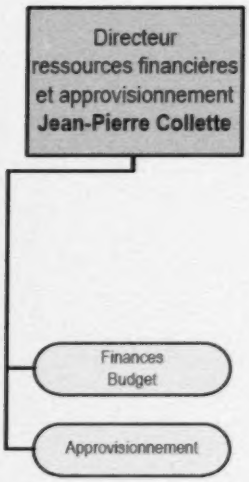
La gestion des relations de travail et des affaires juridiques

L'année 2015-2016 a permis aux différentes directions des ressources humaines sur le territoire de se regrouper ensemble sous une même direction, soit la DRHCAJ.

Au sein de cette direction, une expertise en lien avec les volets relations de travail et affaires juridiques par la mise en place d'une équipe a été développée. Cette équipe a comme rôle d'apporter un soutien à l'ensemble des gestionnaires de l'organisation.

En regard du volet affaires juridiques, un regroupement de l'ensemble des services sous un même contentieux est en cours. Cette équipe sera en mesure d'assurer un support dans des champs de pratique variés au niveau du droit.

La Direction des ressources financières et de l'approvisionnement



Avec rigueur et professionnalisme, la Direction des ressources financières et de l'approvisionnement (DRFA) accompagne les directions de manière proactive en communiquant de l'information intègre, claire et pertinente. Elle utilise des méthodes innovatrices et créatives pour être un partenaire de premier plan dans les projets d'optimisation de l'organisation.

La DRFA a la responsabilité des activités de gestion et de planifications des opérations financières et budgétaires et des redditions de comptes qui en découle. Le volet approvisionnement de la direction supervise les activités liées à l'octroi des contrats de l'établissement en respect des règlementations en vigueur.

Les services

La DRFA assure la préparation des budgets et de leurs suivis, en collaboration avec les gestionnaires. Elle rend compte régulièrement de la situation financière de l'établissement, tant à l'interne qu'auprès du MSSS.

L'équipe doit aussi produire et assurer le suivi, au besoin et en collaboration avec les cadres de l'établissement, des plans d'équilibre budgétaire.

Dans un contexte de rationalisation des budgets dans le réseau de la santé et des services sociaux, la DRFA jour un rôle primordial, afin de s'assurer que le CISSS de la Gaspésie puisse maintenir son offre de service à la population, tout en respectant les contours financiers.

Les enjeux 2015-2016

L'uniformisation et l'intégration des informations financières de sept anciens établissements vers un traitement centralisé a constitué et continuera de constituer l'enjeu majeur de la DRFA. Le MSSS est présentement en réflexion sur les orientations technologiques qui permettront une intégration plus adéquate au cours des prochaines années.

L'agrément

Suivi des recommandations du dernier rapport d'agrément

Au cours de l'année 2015-2016, cinq suivis d'agrément ont été faits pour maintenir les statuts donnés lors des visites officielles des anciens établissements de la Gaspésie, soit avant l'entrée en vigueur de la LMRSSS.

Le CSSS du Rocher-Percé n'avait aucun suivi d'agrément pour l'année 2015-2016 ayant obtenu un statut agréé avec mention en 2013.

Voici les cinq suivis réalisés au cours de l'année 2015-2016 :

RLS de la Baie-des-Chaleurs – Visite 21 au 25 septembre 2015 :

Statut agréé avec rapports à fournir :
- 25 février 2016 (approbation obtenue).
- 25 février 2017 (plan d'action en cours).

RLS de La Côte-de-Gaspé – Visite 15 au 20 juin 2014 :

Statut agréé avec rapports à fournir :
- 2 décembre 2014 (non approuvé).
- 20 novembre 2015 (non approuvé).
- 20 mai 2016 (plan d'action en cours).

RLS de La Haute-Gaspésie – Visite du 28 septembre au 3 octobre 2014 :

Statut agréé avec rapports à fournir :
- Février 2015 (non approuvé).
- 3 mars 206 (non approuvé).
- 3 septembre 2016 (plan d'action en cours).

Centre jeunesse de la Gaspésie – Visite 24 novembre 2014 :

- 15 septembre 2015 (dépôt d'un bilan).
- Visite supplémentaire – Soutien à l'amélioration continue de la qualité, 8 octobre 2015.
- Rapport de mise en œuvre pour le 30 avril 2016 au Conseil québécois d'agrément (plan d'action en cours).

Centre de réadaptation de la Gaspésie

- Agréé. Rapport avec approbation finale (21 juillet 2016).

Préparer et assurer le suivi qualité des visites du MSSS en milieu de vie

Au cours de l'année 2015-2016, le CISSS de la Gaspésie a reçu trois visites du Ministère concernant les milieux de vie en hébergement.

- *RLS de la Baie-des-Chaleurs – Volet CHSLD : visite le 16 septembre 2015.*
  Plan d'action en cours.
- *RLS de la Baie-des-Chaleurs – Volet RI-RTF (déficience intellectuelle) : visite les 14-15 et 16 juillet 2015 – 5 recommandations (suivi 2016-2017).*
  Plan d'action en cours.

- *RLS de La Côte-de-Gaspé – Volet RI-RTF (santé mentale) :*
  visite 20 au 23 octobre 2015 – 7 recommandations *(suivi 2016-2017).*
  Plan d'action en cours.

La sécurité des soins et des services

Actions de promotion de la déclaration et de la divulgation des incidents/accidents

Dans le but d'harmoniser les façons de faire dans le CISSS de la Gaspésie, une formation de l'ensemble du personnel d'encadrement a été réalisée sur la déclaration des incidents et des accidents.

Voici les dates de ces formations :

- RLS de la Baie-des-Chaleurs : 9 décembre 2015.
- RLS du Rocher-Percé : rencontre prévue le 14 avril 2016.
- RLS de La Côte-de-Gaspé : 20 janvier 2016.
- RLS de La Haute-Gaspésie : 22 décembre 2015 et 22 janvier 2016 (rencontre de suivi d'agrément).

Culture de non-blâme du CISSS de la Gaspésie

Au CISSS de la Gaspésie, il est important de déclarer les situations à risques ou les erreurs de processus, sans avoir peur d'être puni. À moins d'un acte répréhensible, volontaire ou criminel, tout employé a le droit à l'erreur. Des processus organisationnels sécuritaires sont en place pour protéger notre clientèle. Ces processus doivent donc être respectés, afin de protéger nos usagers.

Les employés sont les yeux et les oreilles de l'organisation. Advenant un incident ou un accident touchant l'usager, il est primordial de remplir un formulaire de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223). Ces déclarations permettent de mieux connaître les situations à risque et ainsi mieux prévenir, afin d'éviter la reconduction de situations potentiellement dangereuses.

Principaux constats de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 LSSSS)

Tout établissement doit adopter un protocole d'application des mesures de contrôle des usagers en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.

En 2015-2016, le CISSS de la Gaspésie a réalisé les actions suivantes à l'égard du dossier de l'application des mesures de contrôle des usagers :

- création d'un comité de travail représentatif de l'ensemble du territoire;
- révision des outils, des formulaires et du matériel;
- révision des protocoles existants;
- révision des procédures pour l'application des mesures de contrôle;
- révision du matériel de contention utilisé;
- clarifier termes utilisés pour définir le protocole.

L'élaboration du protocole en lien avec le Cadre de référence devrait se terminer en juin 2016. Par la suite, une rencontre de consultation sera planifiée avec l'organisme Droits et recours en santé mentale Gaspésie-Les-Îles afin de recueillir leurs commentaires.

Une fois le protocole adopté par le conseil d'administration, une formation sera offerte au personnel et le document sera diffusé à la population et aux personnes utilisatrices de service.

Résultats (constats) :

- des irrégularités dans la compilation des données ont été constatées, notamment dans la méthode utilisée qui est variable (parfois informatisé, parfois manuscrite);
- un manque d'informations inscrites dans les dossiers des usagers a été soulevé;
- un besoin de formation en continu pour le personnel, notamment en raison du roulement des ressources humaines;
- un besoin de formation pour la sécurité (programme Oméga);
- la rapidité du recours aux mesures de contention plutôt que d'envisager les mesures alternatives;
- un besoin d'harmonisation des pratiques entre les soins de courte durée et les soins de longue durée;
- un besoin de supervision plus important de la part des gestionnaires.

Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

Pour l'année 2015-2016, le CISSS de la Gaspésie n'a eu aucun suivi de dossier du coroner.

Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement

La législation

La Loi applicable relativement aux personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement est la Loi de la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38.001).

C'est le bureau du directeur des services professionnels qui est le « gardien » de cette loi.

Article 4 de cette loi :
« Lorsque l'examen psychiatrique a été requis d'un établissement, il appartient au directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, au directeur général de l'établissement, de transmettre le rapport du médecin au tribunal qui l'a imposé. »

L'article 7 de cette loi :
« Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans l'autorisation et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus 72 heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Le médecin qui procède à la mise sous garde de cette personne doit immédiatement en aviser le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général de l'établissement.

À l'expiration de la période de 72 heures, la personne doit être libérée, à moins qu'un tribunal n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique. Toutefois, si cette période se termine un samedi ou un jour non juridique, qu'aucun juge compétent ne peut agir et que cesser la garde présente un danger, celle-ci peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour juridique qui suit. »

Les types de garde

Dans le cadre de la loi, l'établissement est en mesure de procéder à trois types de garde, soit :

Garde préventive :
Mise sous garde d'une personne malgré l'absence de consentement, sans l'autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ne soit fait, dans une installation maintenue par l'établissement pendant au plus soixante-douze (72) heures par tout médecin exerçant auprès d'un établissement s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Garde provisiore :
Mise sous garde d'une personne sans son consentement, ou dans le cas où son consentement n'est pas éclairé, obtenue par un jugement de la Cour du Québec avant l'expiration de la période de soixante-douze (72) heures afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique lorsqu'un médecin a des motifs de croire qu'elle le nécessite, car elle présente un danger.

Garde en établissement :
Mise sous garde d'une personne, sans son consentement, ou dans le cas où son consentement n'est pas éclairé, obtenue par un jugement de la Cour du Québec à la suite de deux rapports psychiatriques concluant à la nécessité de cette garde puisque cette personne présente un danger pour elle-même et/ou pour autrui, d'une durée déterminée par la Cour.

Mises sous garde du CISSS de la Gaspésie 1er avril 2015 au 31 mars 2016					
INSTALLATIONS	**GASPÉ**	**CHANDLER**	**MARIA**	**STE-ANNE-DES-MONTS**	**TOTAL**
Gardes préventives	15	41	54	45	**155**
Nombre de personnes	15	39	47	47	**148**
Gardes provisoires	0	1	11	1	**13**
Nombre de personnes	0	1	10	1	**12**
Gardes en établissement	6	4	11	11	**32**
Nombre de personnes	4	4	8	9	**25**

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sera disponible en ligne sur le site Internet du CISSS de la Gaspésie, tout comme ceux des années antérieures. Des copies papier seront également disponibles au bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et auprès du service des communications, advenant des demandes en ce sens.

L'information de la population

En 2015-2016, le CISSS de la Gaspésie a veillé à mettre en place les actions de communication nécessaires pour informer la population de l'offre de service de l'établissement.

Ainsi, plusieurs entrevues médiatiques ont été réalisées par la direction et les porte-paroles, afin de rappeler les services offerts et les efforts déployés pour les maintenir et en améliorer l'accessibilité et la qualité.

Conformément à la LMRSSS, le CISSS de la Gaspésie accorde une attention particulière à rendre accessibles pour le public les séances de son conseil d'administration. Une période de questions lui est d'ailleurs réservée. Un avis dans l'hebdomadaire régional est diffusé avant les séances et un bulletin Info-C. A. relatant les faits saillants est publié après la séance.

Par ailleurs, le CISSS a travaillé au développement d'un site Internet régional qui regroupe l'offre de service complète. Le site sera officiellement lancé à l'été 2016.

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

La Loi concernant les soins de fin de vie a été sanctionnée le 10 juin 2014 par l'Assemblée *nationale et elle est entrée en vigueur le 10 décembre* 2015. Cette loi s'appuie sur des valeurs de solidarité, de compassion et de respect des volontés individuelles. Elle propose une vision globale et intégrée des soins et des droits des personnes en fin de vie. La Loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie et en précise leurs droits.

C'est donc en respect des composantes de la Loi, mais également dans un souci affirmé d'offrir à la population de tout le territoire gaspésien des soins palliatifs et de fin de vie accessibles, continus et de qualité que l'établissement s'est doté, en décembre 2015, d'une politique et d'un programme clinique encadrant l'organisation et l'administration des soins palliatifs et de fin de vie à sa population.

Des guides cliniques supportant l'organisation et la prestation des soins de fin de vie sont à la disposition du personnel clinique et des médecins afin de faciliter l'application de mesures prévues dans la Loi. Par exemple, un guide clinique encadrant la sédation palliative en continu et l'aide médicale à mourir permet aux intervenants de biens circonscrire les attendus de l'établissement dans l'administration de ces soins à notre clientèle.

Pour l'aide médicale à mourir, un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) agit en support conseil aux équipes interdisciplinaires des différents réseaux locaux de services. Il est, en quelque sorte le gardien des processus clinico-administratifs entourant ce soin de fin de vie. Tous les réseaux locaux de services ont en place une équipe interdisciplinaire qui est en mesure d'offrir un encadrement clinique et administratif dans l'administration des soins palliatifs et de fin de vie. À cet égard, ils ont tous reçu la formation nationale quant aux particularités de la Loi en novembre 2015.

Le CISSS de la Gaspésie croit en l'importance du développement des compétences de ses intervenants œuvrant auprès de cette clientèle. C'est pour cette raison que l'établissement est à consolider l'offre de formation aux préposés aux bénéficiaires en regard des compétences clés à acquérir afin d'offrir des soins palliatifs de fin de vie de qualité à sa clientèle. Déjà 64 préposés aux bénéficiaires ont été formés sur l'approche en soins palliatifs. Un plan de mise en œuvre 2015-2020 est en construction afin d'atteindre cet objectif. Une formation interdisciplinaire permettra également aux équipes des différents RLS de développer une synergie d'action auprès des clients et leurs proches.

La mise en œuvre du plan de développement 2015-2020 du MSSS se fera dans un esprit de concertation entre les différents programmes services impliqués dans l'administration de ces soins transversaux à notre clientèle. À cet égard, une rencontre a permis d'établir les rôles, les responsabilités et les tâches des divers acteurs tout comme les zones de collaboration dans l'actualisation des processus clinico-administratifs entourant l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie.

<u>Soins palliatifs</u> et de fin de vie au CISSS de la Gaspésie pour la période du 10 décembre 2015 au 10 juin 2016.

Soins palliatifs administrés au CISSS de la Gaspésie du 10 décembre 2015 au 10 juin 2016					
Territoire	**Centre hospitalier (CHSG)**	**CHSLD**	**Domicile (SAD)**	**Total**	**Commentaires**
Rocher-Percé	20	12	83	115	CHSG : P9 à P13 (Med-Echo) CHSLD : rapport maison SAD : ICLSC indicateur 121
Côte-de-Gaspé	34	12	35	81	CHSG : Rapport maison au 10 juin 2016 CHSLD : rapport maison SAD : ICLSC indicateur 121
Baie-des-Chaleurs	34	25	48	107	CHSG : Med-Echo jusqu'au 5 mars 2016 CHSLD : rapport maison SAD : ICLSC indicateur 121
Haute-Gaspésie	41	4	30	75	CHSG : Clinibase CHSLD : Rapport maison SAD : ICLSC indicateur 121
Total	**129**	**53**	**196**	**378**	

Les données en CHSG pour les différents RLS proviennent de trois sources de données soit :

- Med-Echo (période financière 9 à 13 pour l'année 2015-2016 qui se termine au 31 mars 2016);
- Clinibase ;
- Rapport maison du service des archives locales.

Les données des CHSLD proviennent de rapports maisons effectués à partir du registre des décès.

Les données du soutien à domicile proviennent de l'indicateur 121 d'ICLSC par territoire de RLS.

Soins de fin de vie administrés au CISSS de la Gaspésie 10 décembre 2015 au 10 juin 2016	
Soins de fin de vie	
Demande d'aide médicale à mourir reçues	2
Demande d'aide médicale à mourir administrée	0
Demande d'aide médicale à mourir refusées[5]	2
Demande de sédation palliative reçue	2
Demande de sédation palliative administrée	2

[5] Les clients ne répondaient pas aux critères permettant l'accès à ce soin de fin de vie.

Les ressources humaines de l'établissement

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CISSS de la Gaspésie	1104-5242	735-00 /

Fonds d'exploitation-Activités principales — exercice terminé le 31 mars 2016 – NON AUDITÉE

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
Personnel cadre (en date du 31 mars):				
Temps complet, nombre de personnes (Note 1)	1	108	139	(31)
Temps partiel (Note 1):				
- Nombre de personnes	2	10	11	(1)
- Équivalents temps complet (note 4)	3	6,00	6,10	(0,10)
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	4	12	2	10
Personnel régulier (en date du 31 mars):				
Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	5	1 624	1 640	(16)
Temps partiel (Note 2):				
- Nombre de personnes	6	947	960	(13)
- Équivalents temps complet (note 4)	7	712,75	707,07	5,68
Personnels bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	8	27	2	25
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)				
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	9	1 213 957	1 313 725	(99 768)
Équivalents temps complet (Notes 3 et 4)	10	656,62	711,36	(54,74)

Note 1: excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi

Note 2: excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi

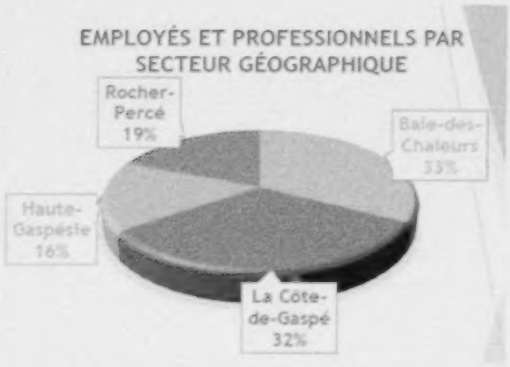
Note 3: les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile)

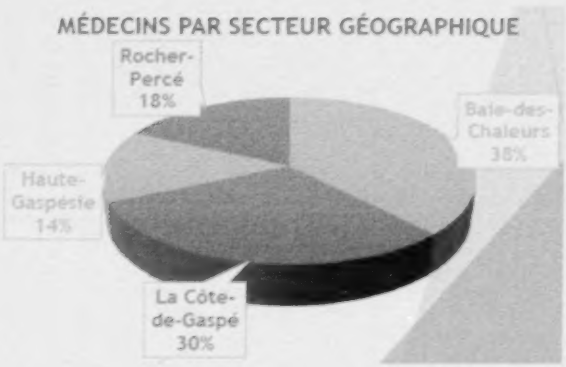
Note 4: pour les lignes L.03, L.07 et L.10, colonne 2, les chiffres de l'exercice précédent doivent être saisis par l'établissement, afin d'avoir les données avec les décimales

La gestion et le contrôle des effectifs

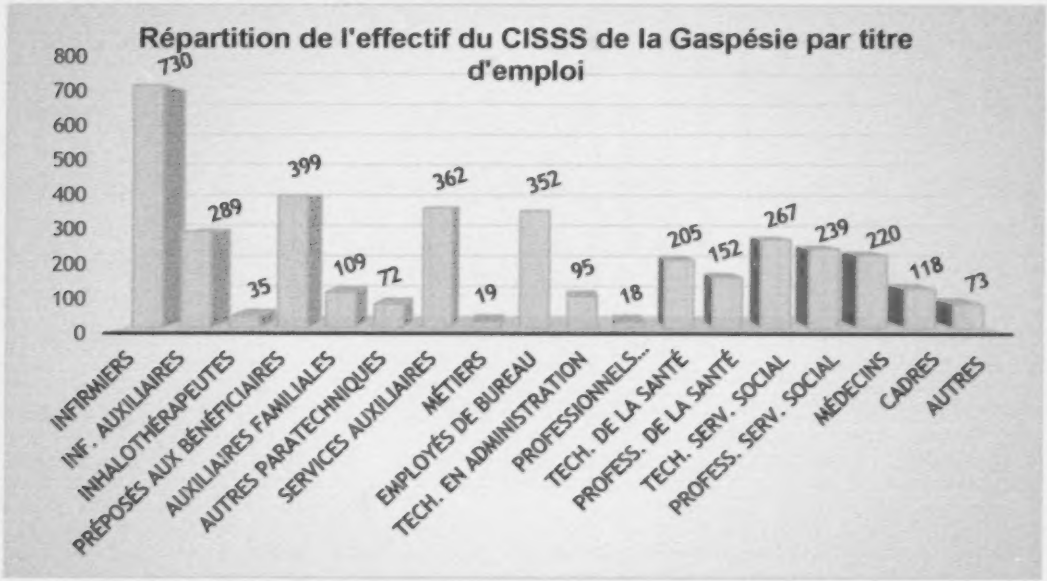
Le CISSS de la Gaspésie compte plus de 3 500 employés, professionnels et gestionnaires répartis sur 4 secteurs géographiques : La Côte-de-Gaspé, le Rocher-Percé, la Baie-des-Chaleurs et La Haute-Gaspésie.

L'organisation comprend également plus de 220 médecins répartis sur ces 4 secteurs géographiques.





Note : Des employés de l'organisation sont également présents aux Îles-de-la-Madeleine pour le secteur jeunesse et réadaptation



		Comparaison de 2014-2015 à 2015-2016				
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	**Valeurs observées**	**Heures travaillées**	**Heures supp.**	**Total heures rémunérées**	**Nbre ETC**	**Nbre individus**
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	304 818	1 720	306 537	167	198
	2015-16	256 954	1 430	258 384	141	170
	Variation	(15,7%)	(16,9%)	(15,7%)	(15,8%)	(14,1%)
2 - Personnel professionnel	2014-15	666 527	3 726	670 252	367	485
	2015-16	654 413	3 100	657 513	360	462
	Variation	(1,8%)	(16,8%)	(1,9%)	(1,8%)	(4,7%)
3 - Personnel infirmier	2014-15	1 527 035	79 875	1 606 910	824	1 083
	2015-16	1 511 924	69 596	1 581 521	814	1 067
	Variation	(1,0%)	(12,9%)	(1,6%)	(1,1%)	(1,5%)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	2 403 874	47 783	2 451 657	1 327	1 840
	2015-16	2 317 065	42 865	2 359 930	1 278	1 753
	Variation	(3,6%)	(10,3%)	(3,7%)	(3,7%)	(4,7%)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	622 460	8 066	630 526	319	441
	2015-16	618 369	9 221	627 590	317	442
	Variation	(0,7%)	14,3%	(0,5%)	(0,6%)	0,2%
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	10 525	63	10 587	6	34
	2015-16	6 145	5	6 151	3	22
	Variation	(41,6%)	(91,5%)	(41,9%)	(41,8%)	(35,3%)
Total du personnel	**2014-15**	**5 535 239**	**141 231**	**5 676 470**	**3 010**	**3 915**
	2015-16	**5 364 871**	**126 218**	**5 491 089**	**2 914**	**3 764**
	Variation	**(3,1%)**	**(10,6%)**	**(3,3%)**	**(3,2%)**	**(3,9%)**

Le CISSS de la Gaspésie respecte les cibles établies par le MSSS, par la Loi sur la gestion des effectifs. Les résultats pour 2015-2016 présentent des résultats supérieurs aux attentes.

Il y a eu une diminution de plus de 150 000 heures travaillées au cours de la dernière année dans l'ensemble du CISSS de la Gaspésie.

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CISSS de la Gaspésie	1104-5242	100-00 /

RAPPORT DE LA DIRECTION

Le rapport financier annuel, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'établissement qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction a vu à ce que le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Des commentaires au présent rapport de la direction sont présentés à la page 101-00 le cas échéant.

2016-06-14	Chantal Lemieux	
Date	Nom	Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)

2016-06-14	Jean-Pierre Collette	
Date	Nom	Signature de la personne désignée

DRFA
Fonction

(1) Le timbre valideur indique la date/heure/minute/seconde où le statut "en production" du rapport a été modifié pour celui de "en approbation". Il demeure identique jusqu'à la version finale transmise électroniquement au Ministère.

(2) Les concordances sont présentées dans les pages explicatives du rapport financier annuel. Le logiciel L.P.R.G. produit la liste des concordances qui ne balancent pas lesquelles doivent être justifiées par l'établissement.

Deloitte.

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
287 rue Pierre-Saindon
Bureau 402
Rimouski QC G5L 9A7
Canada

Tél. : 418-724-4136
Téléc. : 418-723-3807
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
Centre intégré de santé et services sociaux de la Gaspésie

Les états financiers résumés ci-joints du Centre intégré de santé et services sociaux de la Gaspésie, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2016, et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de Centre intégré de santé et services sociaux de la Gaspésie pour l'exercice terminé le 31 mars 2016. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2016 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre intégré de santé et services sociaux de la Gaspésie.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre intégré de santé et services sociaux de la Gaspésie pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre intégré de santé et services sociaux de la Gaspésie pour l'exercice terminé le 31 mars 2016.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2016. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2016 n'ont pas été déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences de l'anomalie décrite, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré de santé et services sociaux de la Gaspésie au 31 mars 2016 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de la dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

De plus, le rapport de l'auditeur sur les états financiers audités comportent un paragraphe d'autre point indiquant que sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur le fait que les chiffres correspondants représentent le cumul, après élimination des opérations et soldes inter-établissements, des chiffres présentés dans les états financiers audités de chacun des établissements existant avant la création du Centre intégré de santé et services sociaux de la Gaspésie et à partir desquels a été créé Centre intégré de santé et services sociaux de la Gaspésie. Nous n'avions pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

[1]

Deloitte S.E.N.C.R.L./S.R.L.

Le 14 juin 2016

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique no A117960

Résultats financiers

L'état des résultats en distinguant les activités principales, les activités accessoires et les activités immobilières

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CISSS de la Gaspésie	1104-5242	200-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ETAT DES RESULTATS

		Budget	Exploitation Ex courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (FI:P408)	1	297 752 693	288 091 911	16 220 711	304 312 622	308 993 457
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	170 262	259 604		259 604	194 128
Contributions des usagers	3	13 675 294	14 370 141	XXXX	14 370 141	13 560 555
Ventes de services et recouvrements	4	3 013 275	3 094 674	XXXX	3 094 674	3 078 961
Donations (FI:P294)	5	480 889		491 938	491 938	456 150
Revenus de placement (FI:P302)	6	125 472	130 584	12 855	143 439	221 030
Revenus de type commercial	7	1 904 843	1 877 372	197 462	2 074 834	1 753 180
Gain sur disposition (FI:P302)	8					10 690
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	3 992 087	3 593 523	33 705	3 627 228	4 985 673
TOTAL (L.01 à L.11)	12	321 114 815	311 417 809	16 956 671	328 374 480	333 253 824
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	202 448 009	197 294 995	XXXX	197 294 995	204 267 190
Médicaments	14	8 546 877	7 738 161	XXXX	7 738 161	8 361 144
Produits sanguins	15	3 892 094	4 880 626	XXXX	4 880 626	4 003 845
Fournitures médicales et chirurgicales	16	8 210 704	8 334 550	XXXX	8 334 550	8 280 356
Denrées alimentaires	17	2 601 534	2 691 132	XXXX	2 691 132	2 580 546
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	19 993 307	19 121 165	XXXX	19 121 165	18 793 588
Frais financiers (FI:P325)	19	4 810 700	161 290	4 186 717	4 348 007	4 542 993
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	3 412 290	5 285 223	1 077 052	6 362 275	3 590 909
Créances douteuses	21	45 000	1 180 214	XXXX	1 180 214	281 992
Loyers	22	2 834 968	2 904 943	XXXX	2 904 943	2 917 390
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	11 061 436	XXXX	11 047 187	11 047 187	11 305 564
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX	(143 992)	(143 992)	4 916
Dépenses de transfert	25		21 173 838	XXXX	21 173 838	23 759 117
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	67 820 471	40 270 337		40 270 337	44 409 212
TOTAL (L.13 à L.27)	28	335 677 390	311 036 474	16 166 964	327 203 438	337 098 762
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(14 562 575)	381 335	789 707	1 171 042	(3 844 938)

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

Fonds d'exploitation — exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (P362)	1	282 100 044	287 375 240	716 671	288 091 911	293 571 353
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	170 262		259 604	259 604	194 128
Contributions des usagers (P301)	3	13 675 294	14 370 141	XXXX	14 370 141	13 560 555
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	3 013 275	3 094 674	XXXX	3 094 674	3 078 961
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					
Revenus de placement (P302)	6	119 000	130 584		130 584	214 692
Revenus de type commercial (P351)	7	1 904 843	XXXX	1 877 372	1 877 372	1 753 180
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	3 981 587	421 656	3 171 867	3 593 523	4 889 918
TOTAL (L.01 à L.11)	12	304 964 305	305 392 295	6 025 514	311 417 809	317 262 787
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	202 448 009	195 002 122	2 292 873	197 294 995	204 197 190
Médicaments (P750)	14	8 546 877	7 738 161	XXXX	7 738 161	8 361 144
Produits sanguins	15	3 892 094	4 880 626	XXXX	4 880 626	4 003 845
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	8 210 704	8 334 550	XXXX	8 334 550	8 280 356
Denrées alimentaires	17	2 601 534	2 691 132	XXXX	2 691 132	2 580 546
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	19 993 307	19 121 165	XXXX	19 121 165	18 793 588
Frais financiers (P325)	19	191 500	161 290	XXXX	161 290	160 632
Entretien et réparations (P325)	20	2 958 790	4 569 283	715 940	5 285 223	3 334 143
Créances douteuses (C2:P301)	21	45 000	1 180 214		1 180 214	281 992
Loyers	22	2 834 968	2 800 393	104 550	2 904 943	2 791 479
Dépenses de transfert (P325)	23		20 980 365	193 473	21 173 838	23 759 117
Autres charges (P325)	24	67 745 471	37 874 974	2 395 363	40 270 337	44 534 646
TOTAL (L.13 à L.24)	25	319 468 254	305 334 275	5 702 199	311 036 474	321 078 678
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(14 503 949)	58 020	323 315	381 335	(3 815 891)

L'état des surplus (déficits) cumulés

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CISSS de la Gaspésie	1104-5242	202-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(15 305 265)	4 060 777	(11 244 488)	(7 399 550)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(15 305 265)	4 060 777	(11 244 488)	(7 399 550)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	381 335	789 707	1 171 042	(3 844 938)	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7	30 448	(30 448)	0		21
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	30 448	(30 448)			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(14 893 482)	4 820 036	(10 073 446)	(11 244 488)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	1 916 157	358 684	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(11 989 603)	(11 603 172)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(10 073 446)	(11 244 488)	

ETAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	8 595 824	936 071	9 531 895	12 632 919
Placements temporaires	2	1 250 000		1 250 000	2 750 000
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	14 195 548	1 050 996	15 246 544	14 185 790
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	5 805 253	369 363	6 174 616	6 606 172
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			1 591 268
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	299 644	(299 644)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	20 241 103	33 512 140	53 753 243	52 720 960
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	575 661	575 661	451 286
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	472 341	2 344	474 685	568 963
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	50 859 713	36 146 931	87 006 644	91 507 358
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	15 094 887	20 704 012	35 798 899	35 921 594
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	23 818 950	2 872 141	26 691 091	29 520 404
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX			
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		1 050 996	1 050 996	1 243 318
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	7 173 318	3 771 751	10 945 069	11 216 844
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	147 110 712	147 110 712	142 805 769
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	23 863 353	XXXX	23 863 353	23 916 854
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	386 070		386 070	427 905
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	70 336 578	175 509 612	245 846 190	245 052 688
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(19 476 865)	(139 362 681)	(158 839 546)	(153 545 330)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	144 182 717	144 182 717	137 135 549
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	3 532 117	XXXX	3 532 117	3 569 786
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	1 051 266		1 051 266	1 595 507
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	4 583 383	144 182 717	148 766 100	142 300 842
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(14 893 482)	4 820 036	(10 073 446)	(11 244 488)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(153 545 332)	(20 470 558)	(133 074 775)	(153 545 333)	(143 167 706)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(153 545 332)	(20 470 558)	(133 074 775)	(153 545 333)	(143 167 706)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		381 335	789 707	1 171 042	(3 844 938)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(24 474 000)	XXXX	(18 097 185)	(18 097 185)	(17 754 369)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	11 061 436	XXXX	11 047 187	11 047 187	11 305 564
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	(143 992)	(143 992)	(5 774)
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX	146 822	146 822	11 724
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX	3	3	
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(13 412 564)	XXXX	(7 047 165)	(7 047 165)	(6 442 855)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15	(12 594 460)	(23 388 567)	XXXX	(23 388 567)	(12 785 790)
Acquisition de frais payés d'avance	16	(2 360 187)	(1 051 267)		(1 051 267)	(2 412 274)
Utilisation de stocks de fournitures	17	12 560 080	23 426 236	XXXX	23 426 236	12 748 880
Utilisation de frais payés d'avance	18	2 273 472	1 595 508		1 595 508	2 359 342
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	(121 095)	581 910		581 910	(89 842)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		30 448	(30 448)	0	8
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(13 533 659)	993 693	(6 287 906)	(5 294 213)	(10 377 627)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(167 078 991)	(19 476 865)	(139 362 681)	(158 839 546)	(153 545 333)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	1 171 042	(3 844 938)	
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2			
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	581 910	(89 843)	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	(143 992)	(5 774)	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6			
- Autres	7		(374 614)	
Amortissement des immobilisations	8	11 047 187	11 305 564	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	116 166	87 162	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11	(519 299)		
Subventions MSSS	12	6 964 249	(165 461)	
Autres (préciser P297)	13			
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	18 046 221	10 757 034	
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	(4 729 688)	9 669 528	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	14 487 575	16 581 624	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(15 339 227)	(17 754 369)	
Produits de disposition d'immobilisations	18	146 822	11 724	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(15 192 405)	(17 742 645)	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT				
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20	1 500 000		
Placements de portefeuille effectués	21			
Produits de disposition de placements de portefeuille	22			
Placements de portefeuille réalisés	23			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24	1 500 000		

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1		25 927 717	
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2		(27 234 004)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	(805 113)	30 732	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	42 235 533	38 681 908	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(45 326 616)	(33 407 068)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	(3 896 196)	3 999 285	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)	10	(3 101 026)	2 838 264	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	12 632 921	9 794 655	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	9 531 895	12 632 919	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:				
Encaisse	13	9 531 895	12 632 919	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14			
TOTAL (L.13 + L.14)	15	9 531 895	12 632 919	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:				
Débiteurs - MSSS	1	(1 060 754)	4 659 329	
Autres débiteurs	2	431 556	1 003 864	
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	81 912	209 366	
Frais reportés liés aux dettes	4	(240 541)	(146 589)	
Autres éléments d'actifs	5	1 685 544	200 332	
Créditeurs - MSSS	6		(2 667)	
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	(5 587 271)	4 406 781	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	8		(83 730)	
Intérêts courus à payer	9	(192 322)	(43 030)	
Revenus reportés	10	247 524	(457 886)	
Passif au titre des sites contaminés	11		(169 606)	
Passif au titre des avantages sociaux futurs	12	(53 501)	63 374	
Autres éléments de passifs	13	(41 835)	29 990	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	(4 729 688)	9 669 528	
AUTRES RENSEIGNEMENTS:				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	2 757 958	1 561 295	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		10 690	
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	17	6 964 249		22
Intérêts:				
Intérêts créditeurs (revenus)	18	142 855	86 158	
Intérêts encaissés (revenus)	19	142 855	86 138	
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	4 231 841	2 915 108	
Intérêts déboursés (dépenses)	21	4 314 342	2 932 804	

La somme ou l'avantage direct ou indirect reçu d'une fondation en indiquant l'objet pour lequel cette somme ou cet avantage a été conféré

Fondation du CSSS de La Côte de Gaspé		
Mamographe	225 515 $	
Tire-lait et bassinettes (via Opération Enfant Soleil)	12 948 $	
		238 463 $
Fondation santé de la Baie des Chaleurs		
Échographe vésical	14 315 $	
Lit de soins intensifs	13 585 $	
Salle des naissances	45 656 $	
Priorités 2013-2014	64 658 $	
Équipements soins palliatifs	36 524 $	
Chambres palliatives	29 806 $	
Tire-lait et bassinettes (via Opération enfant soleil)	15 197 $	
		219 741 $
Fondation santé de la Résidence St-Joseph		
Dîner des résidents	914 $	
Lit, échographe, gazebo	31 028 $	
		31 942 $
Fondation du CSSS du Rocher-Percé		
Cordon et pince pour pompe pousse seringues	793 $	
Tapis roulants, elliptique, ballons, etc.	2 428 $	3 221 $
Fondation santé de La Haute-Gaspésie		
Visualisateur de veines (pédiatrie)	11 354 $	
Bronchoscope (inhalothérapie)	25 254 $	
Armoire chauffante Enthermics (urgence)	5 802 $	
Centrifugeuse (CLSC Mont-Louis)	5 407 $	
Lampe frontale, cable de lumière, source lumineuse, etc. ORL	10 754 $	
Rhino-Laryngofiberscope (2 unités) ORL	14 756 $	73 328 $
Fondation du Centre Jeunesse Gaspésie-les-îles		
Support aux usagers du Centre Jeunesse dans la réalisation d'activités sportives, culturelles et éducatives		38 562 $
Total		**605 257 $**

1. CONSTITUTION ET MISSION

Le CISSS de la Gaspésie, ci-après désigné par l'établissement, est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2*)* le 1er avril 2015.

L'établissement est issu de la fusion de l'Agence de la santé et des services sociaux Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Centre Jeunesse Gaspésie/les Îles, du Centre de Réadaptation de la Gaspésie, du CSSS de la Baie-des-Chaleurs, du CSSS de La Côte-de-Gaspé, du CSSS de La Haute-Gaspésie et du CSSS du Rocher-Percé, à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2) le 1er avril 2015. Il jouit de tous leurs droits, a acquis tous leurs biens, assume toutes leurs obligations et poursuit toutes leurs procédures sans reprise d'instance. Par conséquent, tous leurs actifs et passifs, ainsi que tous leurs droits et obligations qui s'y rattachaient, ont été regroupés à leur valeur comptable dans les présents états financiers. Les données comparatives au 31 mars 2015 représentent le cumul de leurs activités, après élimination des opérations entre les entités fusionnées. Même si la présentation des données comparatives n'est pas requise lors d'une fusion d'entités, celles-ci ont néanmoins été présentées à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'exception de celles des pages 650, 660, 320 et 351 du rapport financier annuel AS-471. Cependant, elles n'ont pas été auditées.

Il a pour mandat de :

- planifier, coordonner, organiser et offrir à la population l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles.
- déterminer les mécanismes de coordination des services à la population.
- garantir une planification régionale des ressources humaines.
- réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- assurer la prise en charge de l'ensemble de la population, notamment les personnes les plus vulnérables.
- assurer la gestion de l'accès aux services.
- Éétablir les ententes, modalités et responsabilités avec les partenaires de son réseau territorial de services, par exemple, les médecins, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, pharmacies, autres ressources privées, etc.

Les 49 points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de Cap-Chat à Matapédia et les-Plateaux.

Le siège social de l'établissement est situé au 215, boulevard de York Ouest à Gaspé.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, *à l'exception de :*

- les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la note d'orientation du secteur public NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

3. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'aux fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2016, l'établissement a respecté cette obligation légale.

4. PLACEMENTS TEMPORAIRES

La nature des placements temporaires, le coût, les dates d'échéance maximales moyennes, les taux de rendement effectif moyens pondérés, ainsi que les provisions pour moins-values sont présentés à la page 631-00 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement ne détient aucun placement temporaire de parties apparentées.

5. AUTRES DÉBITEURS

La nature des autres débiteurs est précisée à la page 630-00 du rapport financier annuel AS-471.

6. AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIFS

La nature des autres éléments d'actifs est précisée aux pages 360-00 et 400-00 du rapport financier annuel AS-471.

7. EMPRUNTS TEMPORAIRES

La nature des emprunts temporaires contractés auprès de parties apparentées, y compris le taux d'intérêt moyen pondéré sont présentés à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

8. AUTRES CRÉDITEURS

La nature des autres créditeurs est précisée à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

9. DETTES À LONG TERME

Date		Série	Montant original	Taux	Montant du versement périodique	Fréquence du versement	Exercice courant	Exercice précédent
Émis	Dû							
Billets à terme contractés auprès du Fonds de financement garantis par le gouvernement du Québec								
2014	2018	B8 - BdC	6 424 114 $	2.06%	378 675 $	annuel	5 666 763 $	6 045 439 $
2015	2025	B9 - BdC	14 367 812 $	2.63%	751 744 $	annuel	14 367 812 $	0
2014	2018	B11-CdG	4 538 727 $	2.08%	181 549 $	annuel	4 175 629 $	4 357 178 $
2014	2019	B12-CdG	3 579 609 $	2.14%	226 790 $	annuel	3 352 819 $	3 579 609 $
2014	2024	B13-CdG	6 059 565 $	2.90%	290 952 $	annuel	5 768 612 $	6 059 565 $
2015	2025	B14-CdG	5 180 271 $	2.63%	255 299 $	annuel	5 180 271 $	0
2014	2018	B13 - HG	8 978 394 $	2.21%	474 028 $	annuel	8 030 338 $	8 504 366 $
2014	2024	B14 - HG	2 793 750 $	2.94%	111 750 $	annuel	2 682 000 $	2 793 750 $
2014	2020	B15 - HG	231 340 $	2.11%	46 268 $	annuel	185 072 $	231 340 $
2014	2024	B16 - HG	2 878 235 $	2.90%	159 902 $	annuel	2 718 333 $	2 878 235 $
2015	2025	B17 - HG	6 519 249 $	2.63%	435 428 $	annuel	6 519 249 $	0

2014	2018	B13 - RP	5 247 061 $	2.08%	227 054 $	annuel	4 792 954 $	5 020 008 $
2014	2024	B14 - RP	2 222 704 $	2.94%	88 908 $	annuel	2 133 796 $	2 222 704 $
2014	2024	B15 - RP	2 149 699 $	2.90%	119 428 $	annuel	2 030 271$	2 149 699 $
2015	2025	B16 - RP	10 939 033 $	2.63%	588 171 $	annuel	10 939 033 $	0
2014	2018	B5 - CJ	979 165 $	2.08%	51 720 $	annuel	875 726$	927 446 $
2014	2024	B6 - CJ	2 219 796 $	2.90%	161 974 $	annuel	2 057 822 $	2 219 796 $
2014	2024	B4 - CR	1 495 474 $	2.90%	80 392 $	annuel	1 415 082 $	1 495 474 $
2013	2019	B16-Ag.	1 524 815 $	2.61%	253 227 $	annuel	1 018 361 $	1 271 588 $
2014	2018	B17-Ag.	3 566 204 $	2.09%	238 677 $	annuel	3 088 850 $	3 327 527 $
2014	2024	B18-Ag.	863 146 $	3.27%	45 429 $	annuel	817 717 $	863 146 $
2015	2019	B19-Ag.	2 825 513 $	1.14%	539 035 $	annuel	2 286 479 $	2 825 513 $
Sous-total							**90 102 989 $**	**56 772 383 $**
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec garantis par le gouvernement du Québec								
2010	2034	B4 - BdC	7 947 134 $	5.09%	320 449 $	annuel	6 408 979 $	6 729 428 $
2010	2016	B5 - BdC	7 065 032 $	2.78%	331 441 $	annuel	5 407 826 $	5 739 267 $
———	2016	B6 - BdC	Terminé	———	Terminé	annuel	0	11 510 638 $
2012	2018	B7 - BdC	7 423 640 $	2.0567%	434 488 $	annuel	6 120 177 $	6 554 664 $
———	2015	B3 - CdG	Terminé	———	Terminé	annuel	0	1 923 520 $
———	2015	B5 - CdG	Terminé	———	Terminé	annuel	0	40 639 $
2010	2016	B7 - CdG	5 317 918 $	3.27%	335 340 $	annuel	3 305 876 $	3 641 217 $
2011	2017	B8 - CdG	2 812 279 $	3.41%	112 491 $	annuel	2 362 315 $	2 474 806 $
2012	2017	B9 - CdG	5 681 612 $	1.96%	247 740 $	annuel	4 690 651 $	4 938 391 $
2012	2018	B10-CdG	4 749 273 $	2.13%	236 859 $	annuel	4 038 698 $	4 275 556 $
2009	2015	B9 - HG	Terminé	———	Terminé	annuel	0	4 951 127 $
1993	2019	B1 - HG	1 315 000 $	8.32%	52 600 $	annuel	157 800 $	210 400 $
2010	2015	B10-HG	Terminé	———	Terminé	annuel	0	92 000 $
2011	2017	B11-HG	3 002 908 $	3.41%	120 116 $	annuel	2 522 442 $	2 642 559 $
2012	2018	B12-HG	4 319 000 $	2.41%	188 930 $	annuel	3 563 279 $	3 752 210 $
———	2015	B3 - RP	Terminé	———	Terminé	annuel	0	6 024 382 $
———	2015	B6 - RP	Terminé	———	Terminé	annuel	0	60 000 $
2010	2016	B7 - RP	1 460 968 $	3.83%	58 439 $	annuel	1 168 774 $	1 227 213 $
2010	2016	B8 - RP	3 586 208 $	2.94%	143 448 $	annuel	2 868 966 $	3 012 415 $
2012	2018	B9 - RP	1 873 340 $	2.43%	74 934 $	annuel	1 573 606 $	1 648 539 $
2012	2023	B10-RP	1 632 245 $	3.10%	96 014 $	annuel	1 344 202 $	1 440 216 $
2012	2018	B11-RP	2 803 493 $	2.12%	127 924 $	annuel	2 419 721 $	2 547 645 $
2012	2019	B12-RP	622 400 $	2.49%	89 200 $	annuel	354 800 $	444 000 $
2012	2017	B3 - CR	1 811 536 $	1.96%	95 431 $	annuel	1 620 675 $	1 716 105 $
2000	2023	C1 - Ag.	34 847 423 $	Taux var.	117 678 $	annuel	954 917 $	1 072 594 $
2010	2016	B12-Ag.	5 167 776 $	3.83%	514 752 $	annuel	2 594 016 $	3 108 768 $
2011	2017	B13-Ag.	1 356 590 $	3.42%	54 264 $	annuel	1 139 536 $	1 193 799 $
2011	2017	B14-Ag.	1 916 464 $	3.42%	245 068 $	annuel	936 191 $	1 181 259 $
2012	2018	B15-Ag.	770 572 $	2.09%	30 823 $	annuel	678 103 $	708 926 $
Sous-total							**56 231 550 $**	**84 862 283 $**
TOTAL des billets							**146 334 539 $**	**141 634 666$**
Billets à terme contractés auprès de C.P. Desjardins								
2012	2017	BdC	561 000 $	3.13%	10 113 $	mensuel	118 282 $	233 946 $
2013	2018	BdC	77 383 $	3.01%	1 391 $	mensuel	31 036 $	46 531 $
2014	2018	HG	750 000 $	2.56%	16 455 $	mensuel	493 087 $	675 351 $
2013	2017	HG	215 000 $	2.88%	4 177 $	mensuel	77 027 $	124 191 $
Sous-total							**719 432 $**	**1 080 019 $**
Contrats de location-acquisition								
———	2016	ASSS		--------	Terminé	Mensuel	0 $	14 092 $
2014	2019	CdG		6.15%	1 842 $	mensuel	48 317 $	65,531 $
2013	2018	RP		9.96%	167 $	mensuel	4 166 $	5 680 $
2013	2018	RP		6.45%	339 $	trimestriel	2 814 $	3 940 $

2013	2019	RP		4.15%	66 $	trimestriel	804 $	1 031 $
2013	2019	RP		6.51%	55 $	trimestriel	639 $	810 $
Sous-total							**56 740 $**	**91 084 $**
Total							**147 110 711 $**	**142 805 769 $**

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2016, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	$
2016-2017	24 085 349 $
2017-2018	20 134 388 $
2018-2019	44 684 822 $
2019-2020	7 352 955 $
2020-2021	3 618 932 $
2021-2022 et subséquents	47 234 265 $
Total	**147 110 711 $**

10. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	1,5 %	0 %
Inflation	0 %	1 %
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et les hors-cadres	8,65 %	8,65 %

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés parentaux et à l'assurance salaire:		
Taux moyen de croissance de la rémunération	1,5 %	0 %
Inflation	0 %	1 %
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadres	8,65 %	8,65 %

	Exercice courant			**Exercice précédent**
	Solde au début	**Variation de l'exercice**	**Solde à la fin**	**Solde à la fin**
Provision pour vacances	19 475 843 $	8 915 $	19 484 758 $	19 475 843 $
Assurance salaire	3 406 705 $		3 406 705 $	3 406 705 $
Provision pour maladie	784 252 $	31 359 $	815 611 $	784 252 $
Droits parentaux	221 771 $	(65 492 $)	156 279 $	221 771 $
Allocation rétention hors-cadre	28 283 $	(28 283 $)	0 $	28 283 $
Total	**23 916 854 $**	**(53 501 $)**	**23 863 353 $**	**23 916 854 $**

11. AUTRES ÉLÉMENTS DE PASSIFS

La nature des autres éléments de passifs est précisée aux pages 361-00 et 401-00 du rapport financier annuel AS-471.

12. IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Coût					
	Solde de début	**Redressement**	**Transfert const.cours**	**Acquisitions**	**Dispositions**	**Solde de la fin**
Acquistion avant la 1er avril 2018						
Terrains	555 473 $					555 473 $
Aménagement des terrains	1 955 076 $					1 955 076 $
Améliorations locatives	7 982 035 $	1 $				7 982 036 $
Bâtiments	129 200 969 $	1 $				129 200 970 $
Matériel et équipement	31 540 625 $	(2) $			4 255 760 $	27 284 863 $
Équipements spécialisés	46 434 599 $				1 059 890 $	45 374 709 $
Acquisitions après le 31 mars 2008						
Aménagement des terrains	3 023 681 $			622 787 $		3 646 468 $
Améliorations locatives	7 141 777 $			312 472 $		7 454 249 $
Bâtiments	26 822 808 $	(166 626) $		4 730 481 $		31 386 663 $
Améliorations majeures aux bâtiments	27 376 040 $	166 626 $	2 135 957 $	6 550 895 $		36 229 518 $
Construction et développement en cours	1 206 590 $		(2 135 957) $	1 253 405 $		324 038 $
Matériel et équipement	13 428 351 $	22 873 $		1 325 142 $		14 776 366 $
Équipements spécialisés	26 062 663 $			3 064 130 $	2 496 $	29 124 297 $
Matériel roulant	417 527 $			144 665 $	1 075 $	561 117 $
Développement informatique	1 690 142 $	(22 873) $				1 667 269 $
Réseau de télécommunication	947 833 $			54 096 $		1 001 929 $
Location-acquisition	510 147 $			39 112 $	83 836 $	465 423 $
Total	**326 296 336 $**	**- $**	**- $**	**18 097 185 $**	**5 403 057 $**	**338 990 464 $**

	Amortissement cumulé					
	Solde de début	Redressement	Amortissement	Disposition	Solde de la fin	Valeur nette comptable
Acquistion avant la 1er avril 2018						
Terrains						555 473 $
Aménagement des terrains	1 901 804 $		31 984 $		1 933 788 $	21 288 $
Améliorations locatives	7 701 051 $		200 990 $		7 902 041 $	79 995 $
Bâtiments	79 128 976 $		2 858 681 $		81 987 657 $	47 213 313 $
Matériel et équipement	30 521 983 $		186 295 $	4 255 762 $	26 452 516 $	832 347 $
Équipements spécialisés	43 403 202 $		976 271 $	1 059 890 $	43 319 583 $	2 055 126 $
Acquisitions après le 31 mars 2008						
Aménagement des terrains	316 618 $		287 549 $		604 167 $	3 042 301 $
Améliorations locatives	2 337 293 $		701 026 $		3 038 319 $	4 415 930 $
Bâtiments	2 904 300 $	(6 789) $	755 816 $		3 653 327 $	27 733 336 $
Améliorations majeures aux bâtiments	3 344 288 $	6 789 $	1 047 236 $		4 398 313 $	31 831 205 $
Construction et développement en cours					- $	324 038 $
Matériel et équipement	8 480 454 $	259 433 $	1 320 007 $		10 059 894 $	4 716 472 $
Équipements spécialisés	6 589 775 $		2 250 283 $	960 $	8 839 098 $	20 285 199 $
Matériel roulant	200 058 $		75 200 $	322 $	274 936 $	286 181 $
Développement informatique	1 696 037 $	(259 433) $	202 319 $		1 638 923 $	28 346 $
Réseau de télécommunication	253 279 $		98 583 $		351 862 $	650 067 $
Location-acquisition	381 669 $		54 947 $	83 293 $	353 323 $	112 100 $
Total	**189 160 787 $**	**- $**	**11 047 187 $**	**5 400 227 $**	**194 807 747 $**	**144 182 717 $**

13. AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées aux pages 289-00 et 289-01 du rapport financier annuel AS-471.

14. INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

Les informations relatives à l'état des flux de trésorerie sont présentées aux pages 208-01 et 208-02 du rapport financier AS-471.

15. OPÉRATIONS AVEC DES PARTIES APPARENTÉES

L'établissement est apparenté(e) à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Ces parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a les engagements suivants avec des parties apparentées au 31 mars 2016 :

- Contrat pour l'approvisionnement de biens et services : 523 530 $
- Contrat de location exploitation : 207 069 $

16. CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

Tableau présentant le total des charges encourues pour chaque programme-service

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES (non auditées)

		Programmes-services												
	Centres d'activité	Santé publique	Services généraux - Activités cliniques et d'aide	Soutien à l'autonomie des personnes âgées	Déficience physique	Déficience intellectuelle et TSA	Jeunes en difficultés	Dépendances	Santé mentale	Santé physique	Administration	Soutien aux services	Gestion des bâtiments et des équipements	Total
4110	Développement, adaptation et intégration	1 555 609 $												1 555 609 $
4120	Habitudes de vie et maladies chroniques	184 071 $												184 071 $
4130	Maladies infectueuses	1 185 940 $												1 185 940 $
4150	Soutien au développement des communautés	473 223 $												473 223 $
5100	Accueil à la jeunesse						411 972 $							411 972 $
5200	Évaluation/orientation et appels (LPJ-LSJPA-LSSSS)						1 147 565 $							1 147 565 $
5400	Assistance support jeunes/familles (LPJ-LSJPA-LSSSS)						2 405 973 $							2 405 973 $
5410	Soutien aux services santé mentale								100 248 $					100 248 $
5500	Unités de vie pour jeunes						3 156 428 $		904 081 $					4 140 509 $
5510	Ressour. intermédiaires			5 575 609 $	286 290 $	1 241 963 $	263 712 $		900 891 $					8 268 470 $
5520	RTF-Familles d'accueil					204 077 $	5 293 756 $							5 497 833 $
5530	RTF-Résidences d'accueil			259 834 $	191 489 $	4 132 738 $			639 040 $					5 223 101 $
5540	Autres ressour non institution d'héberg.			245 794 $						131 760 $				377 554 $
5550	Superv./suivi usagers en RNI d'héberg.			530 697 $		424 109 $			15 799 $	83 544 $				1 054 149 $
5560	Postulant famille d'accueil de proximité						62 526 $							62 526 $
5590	Tutelle à un enfant						460 364 $							460 364 $
5600	Services externes (LPJ-LSJPA-LSSSS)						234 891 $							234 891 $
5700	Révision des mesures						116 078 $							116 078 $
5810	Expertise à la Cour supérieure						22 506 $							22 506 $
5830	Rech. d'antécédents et retrouvailles						21 914 $							21 914 $
5860	Contentieux (LPJ-LSJPA-LSSSS)						679 696 $							679 696 $
5860	Santé des jeunes (LPJ-LSJPA-LSSSS)						19 130 $							19 130 $
5870	Adoption						234 744 $							234 744 $
5900	Adm. des serv. à la clientèle											590 694 $		590 694 $
5910	Services psx. jeunes en difficulté						1 377 656 $							1 377 656 $
5930	Services amb santé mentale Prem Ligne								1 612 956 $					1 612 956 $
5940	Soutien de comm pers souf trouble menta								946 251 $					946 251 $
5970	Info-social - CLSC		81 027 $											81 027 $

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES (non auditées)

Centres d'activité		Programmes-services												
		Santé publique	Services généraux - Activités cliniques et d'aide	Soutien à l'autonomie des personnes âgées	Déficience physique	Déficience intellectuelle et TSA	Jeunes en difficultés	Dépendances	Santé mentale	Santé physique	Administration	Soutien aux services	Gestion des bâtiments et des équipements	Total
5960	Serv.infirm.groupe de médec.famille		885 754 $											885 754 $
6000	Administration des soins											2 919 948 $		2 919 948 $
6010	Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (0-17 ans)								25 646 $					25 646 $
6020	Unités d'hospi psychi. pour adultes								3 452 631 $					3 452 631 $
6060	Soins infirm.courte durée adult.enfants			779 402 $						4 478 549 $				5 257 951 $
6060	Soins infirm.person.perte d'autonomie			10 926 721 $										10 926 721 $
6070	Chirurgie d'un jour									668 308 $				668 308 $
6090	Info-santé - CLSC		834 633 $											834 633 $
6100	Psychiatrie légale								84 615 $					84 615 $
6160	Soins d'assist.person.perte d'autono.			12 671 015 $										12 671 015 $
6200	Soins spécialisés aux nouveaux-nés (néonatologie)									268 334 $				268 334 $
6260	Bloc opératoire									7 713 956 $				7 713 956 $
6300	Consultations externes		1 334 473 $							2 333 674 $				3 668 147 $
6320	Centre de stérilisation et de distrib.									1 157 311 $				1 157 311 $
6330	Services externes en psychiatrie								1 324 540 $					1 324 540 $
6360	Inhalothérapie									1 683 615 $				1 683 615 $
6360	Centre de soins - Natalité									2 705 464 $				2 705 464 $
6510	Santé parentale et infantile		538 846 $											538 846 $
6540	Services dentaires préventifs	317 949 $												317 949 $
6550	Services dentaires curatifs									56 124 $				56 124 $
6562	Services psychosociaux - autres que SAD		2 395 411 $											2 395 411 $
6590	Santé scolaire		320 103 $											320 103 $
6600	Laboratoires									7 109 803 $				7 109 803 $
6610	Physiologie respiratoire									172 551 $				172 551 $
6620	Sécurité transfusion.produits sanguins									4 991 478 $				4 991 478 $
6670	Readaptation toxicomanies-alcools							1 116 272 $						1 116 272 $
6680	Readap- Person. toxico(Usagers inscrits)							829 367 $						829 367 $
6710	Electrophysiologie									626 349 $				626 349 $
6760	Santé Publique	1 466 991 $									88 520 $			1 555 511 $
6770	Endoscopie									872 024 $				872 024 $
6780	Médecine nucléaire et TEP									888 682 $				888 682 $
6790	Dialyse									296 933 $				296 933 $
6800	Pharmacie									638 138 $				638 138 $
6830	Imagerie médicale									6 019 327 $				6 019 327 $
6860	Audiologie et orthophonie									519 493 $				519 493 $
6960	Centre de jour pour perso en perte auto.			957 010 $										957 010 $
6980	Foyers de groupe								6 600 $					6 600 $
7000	Centre pour activité de jour					66 660 $								66 660 $
7010	Atelier de travail					58 $								58 $
7040	Ressources résidentielles 24/7 continue					2 954 808 $								2 954 808 $
7060	Hémato-oncologie									1 236 430 $				1 236 430 $
7080	Sout. famil. Person hand.- Alloca.				221 568 $	133 195 $								354 763 $
7090	Médecine de jour									869 552 $				869 552 $

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES (non auditées)															
		Programmes-services													
Centres d'activité		Santé publique	Services généraux - Activités cliniques et d'aide	Soutien à l'autonomie des personnes âgées	Déficience physique	Déficience intellectuelle et TSA	Jeunes en difficultés	Dépendances	Santé mentale	Santé physique	Administration	Soutien aux services	Gestion des bâtiments et des équipements	Total
7100	Adapt/soutien perso./famille/aux proches				14 915 $	453 888 $								468 805 $
7180	Soutien aux programmes - crd					575 972 $								575 972 $
7200	Enseignement											206 499 $		206 499 $
7300	Administration générale										13 105 672 $			13 105 672 $
7320	Admin.des services techniques										595 059 $			595 059 $
7340	Informatique										2 879 132 $			2 879 132 $
7360	Gestion de l'information											64 992 $		64 992 $
7390	Déplacement pers. hand. ou hémo.				94 816 $	4 054 $				141 355 $				240 225 $
7400	Déplacement des usagers									6 930 901 $				6 930 901 $
7530	Récep - Archives - Télécommunications											8 827 021 $		8 827 021 $
7550	Nutrition - Clinique et alimentation									596 666 $		8 494 604 $		9 091 270 $
7600	Buanderie et lingerie											2 563 230 $		2 563 230 $
7640	Hygiène et salubrité												6 491 140 $	6 491 140 $
7650	Gestion des déchets biomédicaux												222 010 $	222 010 $
7700	Fonctionnement des installations												8 194 559 $	8 194 559 $
7710	Sécurité												1 261 886 $	1 261 886 $
7800	Entretien/réparation des installations												5 433 390 $	5 433 390 $
7900	Perso. bénéf.mesu.sécur. ou stab.empl										2 891 060 $			2 891 060 $
7980	Activité spéciale dans les prog. serv.		889 268 $	283 016 $										1 172 284 $
8000	Accueil/Eval./Orientation-DI ou DP et TED				42 857 $	25 992 $								68 849 $
8060	Serv. adapt. réadapt. personne - DI et TED					4 009 276 $								4 009 276 $
8060	Adaptation / réadaptation - Déficience visuelle				476 976 $									476 976 $
8070	Adaptation / réadaptation - Déficience auditive				434 954 $									434 954 $
8080	Adaptation / réadaptation - Déficience langage et parole				781 197 $									781 197 $
8090	URFI en CRDP				799 795 $									799 795 $
	b/a non exclusifs répartis par programmes-services	1 305 $	6 240 599 $	13 527 678 $	6 518 979 $	1 478 460 $	421 170 $	729 553 $	2 196 805 $	40 397 310 $				71 511 939 $
	Charges non réparties par programmes-services	59 326 $	555 216 $	375 731 $	87 924 $	128 674 $	139 095 $	24 548 $	112 434 $	22 565 792 $	1 719 839 $	300 519 $	189 792 $	26 238 890 $
	Transfert de frais généraux										(212 890) $	(14 406) $	(341 159) $	(568 455) $
	Total	5 246 574 $	14 075 330 $	46 132 507 $	9 951 660 $	15 833 929 $	16 477 256 $	2 699 740 $	12 302 837 $	116 153 423 $	21 066 392 $	23 963 009 $	21 431 618 $	305 334 275 $

L'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2016, l'établissement a respecté cette obligation légale.

Les contrats de services

Tableau présentant les contrats de services, comportant une dépense de 25 000$ et plus, conclus entre le 1er avril et le 31 mars

	Nombre	Montant
Contrat de services avec une personne physique	3	141 142 $
Contrat de services avec un contractant autre qu'une personne physique	45	3 055 457 $
Total des contrats de services	48	3 196 599 $
**excluant les RI-RTF*		

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2016**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Rocher-Percé et Centre de réadaptation						
Contrat de location d'immeuble conclu avec la SIQ comptabilisé à titre de contrat de location-exploitation au lieu de contrat de location-acquisition, tel que préconisé par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2014-15	R	Puisqu'il s'agit d'une directive du Ministère, la comptabilisation est toujours la même et la recommandation n'a donc pas été appliquée.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Baie-des-Chaleurs						
Centres d'activités 6173-6562-7111						
Certains rapports n'indiquaient aucune approbation et aucune preuve de vérification par les responsables lorsque les données sont entrées au système directement par les intervenants (ICLSC).	2014-15	R	Suite à nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été partiellement appliquée.		PR	
Haute-Gaspésie						
7604 – Buanderie / 7603 - Buanderie et lingerie-autres						
L'unité de mesure "kilogramme" n'est pas compilée selon une méthode valable en raison d'un bris d'équipement. Ces unités n'ont pu être validées et l'impact sur les unités et le coût unitaire présenté aux pages du rapport financier ne peut être déterminé.	2014-15 2012-13 2013-14	R	L'établissement a fait l'acquisition d'une nouvelle balance en début d'exercice.	R		
Centre de réadaptation						
L'établissement compile actuellement les statistiques de son unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) dans le sous-centre d'activités 6946-Internat - Déficience physique, dont l'unité de mesure (A) est le jour-présence. L'utilisation du centre d'activités 8090 URFI en centre de réadaptation pour déficience physique serait plus appropriée.	2014-15	C	Nous avons utilisé le Centre d'activité 8090 URFI en centre de réadaptation pour déficience physique en 2015-2016	R		
CISSS de la Gaspésie						
6562- Services psychosociaux autres que SAD						
Un des départements de l'établissement compile actuellement les statistiques de son unité selon le nombre de visites. Or, selon la circulaire en vigueur pour ce centre d'activité, l'unité de mesure à utiliser est l'usager. Il est donc probable que le nombre d'unités de mesure compilées en fin d'exercice soit surévalué, car un usager pourrait s'être présenté plus d'une fois au cours de l'exercice.	2015-16	R	La situation sera corrigée en 2016-2017 afin de respecter la circulaire en vigueur			NR

7690 – Transport externe des usagers						
Certains rapports n'indiquaient aucune approbation et aucune preuve de vérification par les responsables.	2015-16	R	La situation sera corrigée en 2016-2017			NR
7041 – Assistance résidentielle continue DI- TED						
Nous avons constaté lors de nos tests que les intervenantes pour chacune des RAC (Résidences accès contrôlés) ne tenaient aucun registre de présence des usagers. De plus, nous avons constaté que, pour certains jours, le nombre de jour présence compilés dépassaient le nombre de jours maximal.	2015-16	R	La situation sera corrigée en 2016-2017			NR
7061 – Service externe d'oncologie/hématologie						
Les unités de mesure «la visite» et «le traitement» ne sont pas compilées selon une méthode valable en raison d'erreurs de calcul de la part du personnel en place. Ces unités n'ont pu être validées et l'impact sur les unités présenté à la page 650 du rapport financier ne peut être déterminé.	2015-16	R	Le suivi des unités de mesures dans cette installation a été révisé au cours de l'année 2015-2016, de sorte que la situation ne se répétera pas en 2016-2017.			NR
7090 – L'unité de médecine de jour						
Les unités de mesure «jour-soins» et «l'usager» ne sont pas compilées selon une méthode valable en raison d'erreurs de calcul de la part du personnel en place. Ces unités n'ont pu être validées et l'impact sur les unités présentées à page 650 du rapport financier ne peut être déterminé.	2015-16	R	Le suivi des unités de mesures dans cette installation a été révisé au cours de l'année 2015-2016, de sorte que la situation ne se répétera pas en 2016-2017.			NR
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Côte-de-Gaspé						
Certains frais de déplacement des membres du conseil d'administration et de la directrice générale n'étaient pas approuvés.	2012-02	O	Suite au renouvellement de la consigne, aucun frais de déplacement n'est payé avant approbation. L'audit de 2015-2016 n'a relevé aucun compte de dépenses non approuvé. Nous pouvons donc conclure que la recommandation a été appliquée.	R		
Les écritures de journal ne sont pas toutes approuvées.	2013-01	O	Suite au renouvellement de la consigne, toutes les écritures de journal doivent être approuvées par le chef comptable. L'audit de 2015-2016 n'a relevé aucune écriture non approuvée. Nous pouvons donc conclure que la recommandation a été appliquée.	R		
Manque de contrôle au niveau de la manipulation des sommes d'argent comptant au service de la cafétéria.	2014-01	O	Les mesures nécessaires ont été mises en place, donc la recommandation a été appliquée.	R		
Centre Jeunesse						
Versement de primes hors-convention collective.	2014-15	C	La situation a été régularisée en 2015-2016, la recommandation a été appliquée.	R		

Centre de réadaptation						
Avance à une employée sur la base de quarts de travail rémunérés, mais non travaillés, pour lui permettre de compléter un diplôme d'infirmière. Contrevient à l'interdiction du consentement de prêts à des tiers. (L.R.Q. c.S-4.2 art.265, paragr.2o)	2014-15	C	Le programme d'avances aux futures infirmières se poursuit et les participantes ont commencé à rembourser le tout. La recommandation n'a donc pas été appliquée.			NR
Rapport à la gouvernance						
Rocher-Percé						
Procédure de collection des comptes de patients de longue durée toujours en cours et non provisionnée.	2014-15	O	Des démarches auprès du curateur et des autres intervenants sont toujours en cours. Une provision pour mauvaises créances de 37 342 $ a été comptabilisée sur un total de comptes à recevoir de 46 521 $. Nous jugeons la provision suffisante et, par le fait même, nous jugeons que la recommandation a été appliquée.	R		
Baie-des-Chaleurs						
Avances aux futures infirmières (iers)	2012-13	R	Le programme d'avances aux futures infirmières se poursuit et les participantes ont commencé à rembourser le tout. La recommandation n'a donc pas été appliquée.			NR
CISSS de la Gaspésie						
Lors de nos travaux d'audit sur les comptes à recevoir, nous avons remarqué que le compte à recevoir de la RAMQ n'est pas concilié sur une base régulière. D'ailleurs, un écart inexpliqué entre le solde à l'âge des comptes à recevoir et la confirmation reçue de la RAMQ existe toujours à l'heure actuelle.	2015-16	R	Une conciliation périodique et un suivi plus serré seront effectués à partir de 2016-2017.			NR
Lors de nos travaux d'audit sur les comptes à recevoir, nous avons remarqué que le compte à recevoir des clients autochtones était anormalement élevé. En fait, celui-ci augmente année après année alors que les encaissements se font rares. De plus, aucune provision pour créances douteuses n'est comptabilisée.	2015-16	R	Les pourparlers avec les communautés autochtones et les Ministères concernés se poursuivent, nous avons bon espoir de régulariser la situation en 2016-2017.			NR
Lors de nos travaux d'audit sur la provision pour griefs, nous avons remarqué que l'estimation de la provision n'est pas mise à jour de façon régulière en fonction des nouvelles informations reçues. Cela crée donc une lacune, non seulement au niveau de la comptabilité, mais également au niveau de la gestion des éventualités.	2015-16	R	Une façon uniforme dans tous les RLS sera mise en place au cours de l'année 2016-2017 et le suivi sera assuré périodiquement avec le Service des ressources humaines.			NR
Lors de nos travaux d'audit sur les salaires, nous avons remarqué qu'un dossier d'un employé était perdu. Cela fait en sorte que	2015-16	R	Un registre de sortie sera mis en place dans chaque installations en 2016-2017.			NR

des informations confidentielles importantes peuvent être égarées et sur le plan de l'audit, nous avons de la difficulté à attester l'existence de l'employé en question, d'autant plus qu'il s'agissait d'un employé ayant récemment quitté.						
Lors de notre audit des pages 635 portant sur les engagements, nous avons remarqué que la méthode de calcul des RTI-RTF du Centre de réadaptation n'était pas la même que celle du Centre Jeunesse. En fait, au Centre Jeunesse, le montant est indexé de 1,35 % par année, soit le pourcentage d'indexation applicable pour l'année, alors qu'au Centre de réadaptation, seul le montant du prochain exercice est indexé car il s'agit du seul pourcentage connu. Il y a donc une certaine lacune en ce qui concerne la continuité des méthodes de calcul.	2015-16	R	Nous arrimerons nos méthodes de calculs afin de présenter les engagements de la façon la plus juste possible.			NR

Les organismes communautaires

Le nombre d'organismes communautaires subventionnés par le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)

La région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine compte 105 organismes communautaires reconnus œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ceux-ci sont admissibles pour recevoir du financement à la mission globale ou par entente spécifique pour des activités complémentaires à leur mission. En 2015-2016, 88 organismes communautaires ont reçu du financement en appui à la mission globale. Parmi ceux-ci, 17 organismes ont également reçu du financement par entente spécifique. De plus, 3 organismes communautaires reconnus reçoivent exclusivement du financement en entente spécifique, bien qu'ils aient accès au financement à la mission globale.

Par ailleurs, 9 organismes ont reçu exclusivement du financement par entente spécifique en raison de leur rattachement à un autre ministère ou du fait que leur mission découle de l'application d'une loi ou d'une politique émanant du gouvernement québécois. De plus, 8 organismes sont reconnus, mais ne reçoivent aucun financement du PSOC.

Les subventions accordées sur base comparative avec l'exercice précédent

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
Dépendances	Carrefour Unité inc. 11-01531	Îles-de-la-Madeleine	Prévention, groupes d'entraide, activités de jour	73 897	74 636
	Mi-Chemin de Gaspé inc. 11-01239	Côte-de-Gaspé	Prévention, groupes d'entraide	59 403	59 997
	Centre Accalmie inc. 11-01178	Bonaventure/ Avignon		94 736	95 683
	La Maison à Damas 11-01814	Îles-de-la-Madeleine		73 350	74 084
Dépendances	Accueil Blanche Goulet de Gaspé 11-02598	Côte-de-Gaspé	Hébergement temporaire multiclientèle (santé mentale, toxicomanie, itinérance, désorganisation familiale)	100 253	101 256
	Centre Émilie Gamelin 11-06020	Rocher-Percé		67 596	68 272
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts 11-06016	Haute-Gaspésie		45 553	46 009
TOTAL				514 789	519 937

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
Santé publique	Nourisson-Lait Haute-Gaspésie 11-06034	Haute-Gaspésie	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	9 691	9 788
	Groupe d'entraide-allaitement Sein-Pathique 11 06056	Îles-de-Madeleine		9 691	9 788
	Lactescense Pabos 11-06071	Rocher-Percé		9 691	9 788
	Regroupement d'entraide à l'allaitement maternel Supportons-Lait	Avignon/ Bonaventure		13 306	13 439
	Partagence 11-02927	Haute-Gaspésie	Aide et entraide aux familles très démunies, dépannage alimentaire et vestimentaire	46 321	46 784
	Carrefour-Ressources 11-06007	Haute-Gaspésie	Sécurité alimentaire, animation, YAPP, répit-gardiennage (familles démunies)	144 908	146 357
	Source alimentaire Bonavignon inc. 11-06008	Bonaventure/ Avignon	Sécurité alimentaire, dépannage, jardins et cuisines collectives	106 445	107 509
Santé publique	CAB Ascension-Escuminac 11-02224	Avignon	Sécurité alimentaire, dépannage, jardins et cuisines collectives	38 366	38 750
	Collectif Aliment-Terre 11-06075	Bonaventure	Sécurité alimentaire, dépannage, jardins et cuisines collectives	72 353	73 077
	Cuisines collectives Îles-de-la-Madeleine 11-06085 (CADOC en 2007-2008)	Îles-de-la-Madeleine	Sécurité alimentaire, ateliers et cuisines collectives	66 904	67 573

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
	CAB La Grande Corvée 11-01084	Côte-de-Gaspé	Sécurité alimentaire, ateliers et cuisines collectives	34 043	34 383
	Table de concertation en sécurité alimentaire GIM 11-06087	Régional	Concertation régionale en sécurité alimentaire	14 829	14 977
	Entraide communautaire les Îles	Îles-de-la-Madeleine		19 948	20 147
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé 11-02598	Côte-de-Gaspé	Sécurité alimentaire, ateliers et cuisines collectives	28 746	29 033
	TOTAL			615 243	621 393

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
Déficience intellectuelle	La Maison Maguire pour personnes handicapées inc. 11-00713	Régional (Avignon)	Camps d'été, services de répit pour les proches, activités de jour	133 829	135 167
	Association des personnes handicapées du secteur CLSC l'Estran inc. 11-01054	Côte-de-Gaspé	Information, sensibilisation, défense des droits, animation	23 912	24 151
	Association des personnes handicapées de Gaspé inc. 11-01404	Côte-de-Gaspé	Centre de jour, information, sensibilisation, défense des droits	38 098	38 479
	Association des handicapés Val-Rosiers inc. 11-01408	Côte-de-Gaspé	Centre de jour, information, sensibilisation, défense des droits	26 899	27 168
	Centre pour handicapés La Joie de Vivre de Chandler inc. 11-02154	Rocher-Percé	Centre de jour, information, sensibilisation, défense des droits	81 430	82 244
	L'AHMI Association pour personnes handicapées de Murdochville inc. 11-03018	Côte-de-Gaspé	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	23 104	23 335
	Association La Croisée 11-06064	Haute-Gaspésie	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	65 654	66 311
	Association des personnes handicapées Action Chaleurs 11-06050	Bonaventure	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	74 284	75 027

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
	Association des personnes handicapées des Îles 11-06051	Îles-de-la-Madeleine	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	66 648	67 314
	Association de l'autisme et des autres TED de l'Est-du-Québec 11-06070	Supra régional	Information, sensibilisation, soutien individuel, animation, défense des droits	32 965	33 295
TOTAL				566 823	572 491

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
Déficience physique	La Maison Maguire pour personnes handicapées inc. 11-00713	Régional (Avignon)	Camp d'été, services de répit pour les proches, activités de jour	38 665	39 052
	Association des personnes handicapées du secteur CLSC l'Estran inc. 11-01054	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	5 736	5 793
	Association de défense des droits des personnes handicapées de Gaspé inc. 11-01404	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	9 135	9 226
	Association des handicapés Val-Rosiers inc. 11-01408	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	6 483	6 548
	Centre pour handicapés La Joie de Vivre de Chandler inc. 11-02154	Rocher-Percé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	17 934	18 113
	L'AHMI Association pour personnes handicapées de Murdochville inc. 11-03018	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, sensibilisation, information et défense des droits	5 096	5 147
	Association La Croisée 11-06064	Haute-Gaspésie	Activités de jour, sensibilisation, information et défense des droits	18 632	18 818
	Association des personnes handicapées Action Chaleurs 11-06050	Bonaventure	Activités de jour, sensibilisation, information et défense des droits	18 522	18 707

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
	Association des personnes handicapées des Îles 11-06051	Îles-de-la-Madeleine	Activité d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	17 653	17 830
	Association des personnes handicapées visuelles GIM 11-06033	Régional (Bonaventure)	Aide et entraide, information, sensibilisation, défense des droits	65 577	66 233
	Association des TCC et ACV de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine 11-03144	Régional (Avignon)	Aide et entraide, information, sensibilisation, défense des droits	123 825	125 063
	TOTAL			327 260	330 530
Services généraux	CAB Saint-Alphonse - Nouvelle inc. 11-00076	Bonaventure/ Avignon	Promotion de l'action communautaire, soutien aux bénévoles, aide et entraide aux individus et soutien aux groupes	34 387	34 731
	CAB Les Hauts-Bois inc. 11-00379	Côte-de-Gaspé		51 569	52 085
	CAB des Chic-Chocs inc. 11-00440	Haute-Gaspésie		42 718	43 145
	CAB Gascons-Percé inc. 11-00728	Rocher-Percé		51 873	53 392
	CAB St-Siméon Port-Daniel 11-01060	Bonaventure		38 044	38 424
	CAB La Grande Corvée 11-01084	Côte-de-Gaspé		39 510	39 905
	CAB Le Hauban inc. 11-01348	Côte-de-Gaspé		26 366	26 630

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
	CAB Ascension-Escuminac 11-02224	Avignon		66 476	67 141
	CAB des Îles-de-la-Madeleine 11-02296	Îles-de-la-Madeleine		33 458	33 793
Services généraux	Regroupement des organismes communautaires GIM 11-06030	Régional (Gaspé)	Concertation, représentation des intérêts et des droits des organismes communautaires autonomes, formation	152 117	153 638
	Maison Blanche-Morin 11-00155	Rocher-Percé		585 663	591 520
	Centre Louise-Amélie inc. 11-01097	Haute-Gaspésie		687 428	694 302
Services généraux	Maison d'aide et d'hébergement L'Aid'Elle inc. 11-01579	Côte-de-Gaspé	Hébergement temporaire pour les femmes victimes de violence et leurs enfants, suivi posthébergement et suivi externe	654 894	661 443
	Maison d'aide et d'hébergement L'Accalmie 11-01935	Îles-de-la-Madeleine		479 599	484 395
	Maison d'aide et d'hébergement L'Émergence inc. 11-02110	Bonaventure /Avignon		654 894	661 443

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
Services généraux	CALACS L'Espoir des Îles 11- 06073	Îles-de-la-Madeleine	Information, sensibilisation, prévention, aide et accompagnement	133 764	135 102
	CALACS La Bôme-Gaspésie 11-06029	Gaspésie (Côte-de-Gaspé)		348 000	351 480

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
Services généraux	Convergence 11-06096	Gaspésie	Thérapie de groupe : aide, information; sensibilisation, prévention	176 109	177 870
	Homme et gars 11-06098	Îles-de-la-Madeleine		87 205	88 077
	Regroupement des femmes de Gaspé inc. 11-00169	Côte-de-Gaspé	Information, sensibilisation, soutien individuel et de groupe, animation, défense des droits	189 453	191 348
	Regroupement des femmes La Sentin'Elle inc. 11-00700	Îles-de-la-Madeleine		189 453	191 348
Services généraux	Centr'Elles - comité d'action des femmes d'Avignon inc. 11-01222	Avignon		189 555	191 451
	Femmes en mouvement inc. 11-01752	Bonaventure		189 653	191 550
	Femmes Entr'Elles 11-06035	Rocher-Percé		189 450	191 344
TOTAL				5 291 638	5 344 557
Perte d'autonomie liée au vieillissement	Société Alzheimer GIM 11-06058	Régional (Avignon)	Promotion, sensibilisation, aide et entraide	158 936	160 525
Perte d'autonomie liée au vieillissement	Centre d'action bénévole Saint-Alphonse-Nouvelle inc. 11-00076	Bonaventure/ Avignon	Aide-bénévole pour des activités de maintien à domicile : popote roulante, transport-accompagnement, visites amicales, etc.	158 962	160 552
	Centre d'action bénévole Les Hauts-Bois inc. 11-00379	Côte-de-Gaspé		29 614	29 911

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
	Centre d'action bénévole des Chic-Chocs inc. 11-00440	Haute-Gaspésie		136 027	137 387
	Centre d'action bénévole Gascons-Percé inc.11-00728	Rocher-Percé		157 556	159 132
	Centre d'action bénévole Saint-Siméon-Port-Daniel 11-01060	Bonaventure		148 855	150 343
	Centre d'action bénévole La Grande Corvée 11-01084	Côte-de-Gaspé		45 962	46 421
	Centre d'action bénévole Le Hauban inc. 11-01348	Côte-de-Gaspé		159 934	161 533
	Centre d'action bénévole Ascension-Escuminac 11-02224	Avignon		79 789	80 587
	Centre d'action bénévole des Îles-de-la-Madeleine 11-02296	Îles-de-la-Madeleine		114 517	115 662
TOTAL				1 190 150	1 232 053
Santé physique	Épilepsie Gaspésie-Sud 11-02181	Bonaventure/ Avignon	Information, sensibilisation, aide et entraide	63 152	63 784
	Organisme gaspésien des personnes atteintes de cancer 11-02156	Régional (Avignon)	Aide et entraide, information, sensibilisation	89 743	90 640

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
TOTAL				152 895	154 424
Jeunes en difficulté	Maison des jeunes de Gaspé 11-00023	Côte-de-Gaspé	Information, sensibilisation, activités préventives, aide individuelle et de groupe, animation	81 163	81 975
	Maison des jeunes des Îles-de-la-Madeleine 11-00025	Îles-de-la-Madeleine		81 163	81 975
	Maison des jeunes de Saint-Alphonse inc. 11-00288	Bonaventure		81 163	81 975
	Maison des jeunes de Sainte-Anne-des-Monts 11-00289	Haute-Gaspésie		81 163	81 975
	Maison des jeunes de Chandler 11-00291	Rocher-Percé		81 163	81 975
	Maison des jeunes Le Tréflerie 11- 00602	Avignon		81 163	81 975
	Maison des jeunes de New Richmond 11-00825	Bonaventure		81 163	81 975
	Maison des jeunes de Grande-Rivière 11-00953	Rocher-Percé		81 163	81 975
Jeunes en difficulté (suite)	Maison des jeunes de Rivière-au-Renard 11-01164	Côte-de-Gaspé		81 163	81 975
	Maison des jeunes de Saint-François-d'Assise 11-01511	Avignon		74 679	75 426
	Maison des jeunes de Bonaventure 11-02937	Bonaventure		46 970	47 440

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
Jeunes en difficulté	Maison des jeunes de l'Île-du-Havre-Aubert 11-02905	Îles-de-la-Madeleine	Information, sensibilisation, activités préventives, aide individuelle et de groupe, animation	46 970	47 440
	Maison des jeunes de l'est des Îles 11-02946	Îles-de-la-Madeleine		46 970	47 440
	Maison des jeunes de Caplan 11-06004	Bonaventure		57 900	58 479
	Maison des jeunes de Pointe-à-la-Croix 11-06022	Avignon		46 970	47 440
	L'Oasis-jeunesse de l'Estran 11-06002	Côte-de-Gaspé		46 970	47 440
	L'Entre-Temps - Maison des jeunes de Cap-Chat inc. 11-06003	Haute-Gaspésie		46 970	47 440
	Maison des jeunes de Gascons inc. 11-06040	Rocher-Percé		44 827	45 275
	Maison des jeunes de Murdochville inc. 11-06026	Côte-de-Gaspé		46 970	47 440
	Maison des jeunes de Saint-Elzéar 11-02605	Bonaventure		42 791	43 219
	Maison des jeunes de Carleton 11-06042	Avignon		42 789	43 217

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
Jeunes en difficulté	Maison des jeunes du Grand Paspébiac 11-06036	Bonaventure		42 786	43 214
	Maison des jeunes de Pointe-à-la-Garde 11-06038	Avignon		42 996	43 426
	Enfantaisie Haute-Gaspésie 11-06060	Haute-Gaspésie	Aide aux devoirs, atelier sur l'estime de soi, travail de milieu	45 138	45 589
	Espace Gaspésie-Les Îles 11-06053	Régional (Côte-de-Gaspé)	Information, sensibilisation, prévention, animation de groupe	176 586	178 352
TOTAL				1 629 748	1 641 499
Santé mentale	Association d'entraide pour la santé mentale « La Passerelle » 11-06015	Bonaventure	Activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention	119 795	120 993
	Nouveau Regard, Association de parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale de la Gaspésie 11-06018	Régional (Bonaventure)	Information, sensibilisation, prévention, soutien individuel et de groupe (soutien aux proches)	155 026	156 576
	Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention (CRRI) 11-06017	Côte-de-Gaspé	Activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention	112 399	113 523
	Centre communautaire l'Éclaircie des Îles 11-06019	Îles-de-la-Madeleine	Activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention, soutien aux proches	150 803	152 311

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
	Droits et recours en santé mentale GIM	Régional	Défense des droits et des intérêts; information et sensibilisation	181 617	183 433
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts 11-06016	Haute-Gaspésie	Hébergement temporaire, activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention	328 129	331 410
	Centre Émilie-Gamelin 11-06020	Rocher-Percé		336 584	339 950
	Centre Accalmie inc. 11-01178	Bonaventure/ Avignon		303 744	306 781
	Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale 11-06043	Régional (Haute-Gaspésie)	Concertation régionale	9 387	9 481
	La Maison à Damas 11-01814	Îles-de-la-Madeleine	Hébergement temporaire	200 731	202 738
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé 11-02598	Côte-de-Gaspé	Hébergement temporaire	210 192	212 294
TOTAL				2 108 406	2 129 490

Répartition de l'enveloppe budgétaire – Ententes spécifiques

Secteur	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
Santé publique	Maison de la famille Parenfant Gaspé 11-06025	Côte-de-Gaspé	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel, soutien parental, enfants 0-5 ans	13 353	13 487
	Halte-parents de la Vallée 11-02741	Côte-de-Gaspé	Périnatalité, service des relevailles, soutien parental, enfants 0-5 ans	13 353	13 487
	Maison de la Famille-MRC Bonaventure inc. 11-02934	Bonaventure	Soutien parental, enfants 0-5 ans	5 209	5 261
	Carrefour-Ressources 11-06007	Haute-Gaspésie	Soutien parental, enfants 0-5 ans	5 209	5 261
	Organisme communautaire famille L'Embellie 11-06074	Îles-de-la-Madeleine	Soutien parental, enfants 0-5 ans	5 209	5 261
	La Maison de la famille Contre vents et marées 11-02004	Rocher-Percé	Soutien parental, enfants 0-5 ans	5 209	5 261
	Family Ties Carrefour famille New Carlisle 11-06046	Bonaventure	Soutien parental, enfants 0-5 ans	28 275	28 558

Secteurs	Nom de l'organisme	MRC	ACTIVITÉS	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
Santé publique	La Maison de la famille Contre vents et marées 11-02004	Rocher-Percé	Sécurité alimentaire, animation, information, sensibilisation	37 963	38 343
	Family Ties Carrefour famille New Carlisle 11-06046	Bonaventure	Sécurité alimentaire, animation, information, sensibilisation	25 723	25 980
	TOTAL			139 505	140 899
Déficience physique	Ressource d'aide aux personnes handicapées	Bas-St-Laurent		14 825	14 973
	TOTAL			14 825	14 973
Jeunes en difficulté	Mesures alternatives jeunesse Gaspésie-Sud inc. 11-00956	Avignon Bonaventure/ Rocher-Percé	Soutien individuel et de groupe (LPJ et Loi des jeunes contrevenants), prévention	136 602	137 968
	Organisme de justice alternative jeunesse Gaspésie-Nord 11-01401	Côte-de-Gaspé/Haute-Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine		148 593	150 079
	TOTAL			285 195	288 047
	Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention (CRRI)	Côte-de-Gaspé	Travailleur de corridor	20 013	20 213
	Centre Émilie Gamelin	Rocher-Percé	Soutien communautaire en logement social	38 913	39 302

Secteurs	Nom de l'organisme	MRC	ACTIVITÉS	Subvention 2014-2015 $	Subvention 2015-2016 $
	TOTAL			58 926	59 515
Santé physique	OGPAC	Régional		27 481	27 756
TOTAL				27 481	27 756
	Association des personnes handicapées du secteur CLSC l'Estran inc. 11-01054	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	1 748	1 765
	Association des handicapés Val-Rosiers inc. 11-01408	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	1 748	1 765
TOTAL				3 496	3 530

Les actions réalisées pour obtenir le rapport financier et le rapport d'activités des organismes recevant une subvention

En vertu de l'article 338 de la LSSSS, tous les organismes qui reçoivent un soutien financier du PSOC doivent déposer au CISSS de la Gaspésie, trois mois suivant la fin de leur année financière, les rapports d'activités et financiers, de même que la preuve de la tenue de l'assemblée générale annuelle des membres. Les organismes soutenus à la mission globale doivent, de plus, se conformer aux exigences contenues dans le document ministériel « La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale. Programme de soutien aux organismes communautaires ».

Le CISSS de la Gaspésie a procédé à l'analyse de la reddition de comptes des organismes communautaires pour l'année financière 2015-2016 et la totalité de ceux-ci ont remis un dossier conforme aux exigences. Des ajustements ont été demandés aux organismes ayant présenté un dossier incomplet.

Échéanciers du programme

Relance du programme (envoi des brochures)	Novembre 2014
Réception des demandes d'aide financière	Janvier – février 2015
Préanalyse des demandes	Mars 2015
Versement de la 1re avance budgétaire	Avril 2015
Analyse complète des demandes	Avril – mai 2015
Adoption du projet de répartition 2015-2016	Juin 2015
Analyse de la reddition de comptes	Juillet à novembre 2015
Calendrier des versements réguliers	Juillet 2015, octobre 2015 et janvier 2016
Signature de la Convention de soutien financier 2015-2018	Janvier – 2016

De janvier à février 2016, la convention de soutien financier 2015-2018 a été présentée aux organismes communautaires concernés de notre région. L'ensemble des 88 conventions, dûment signées par des représentants désignés, a été transmis au CISSS dans les délais requis.

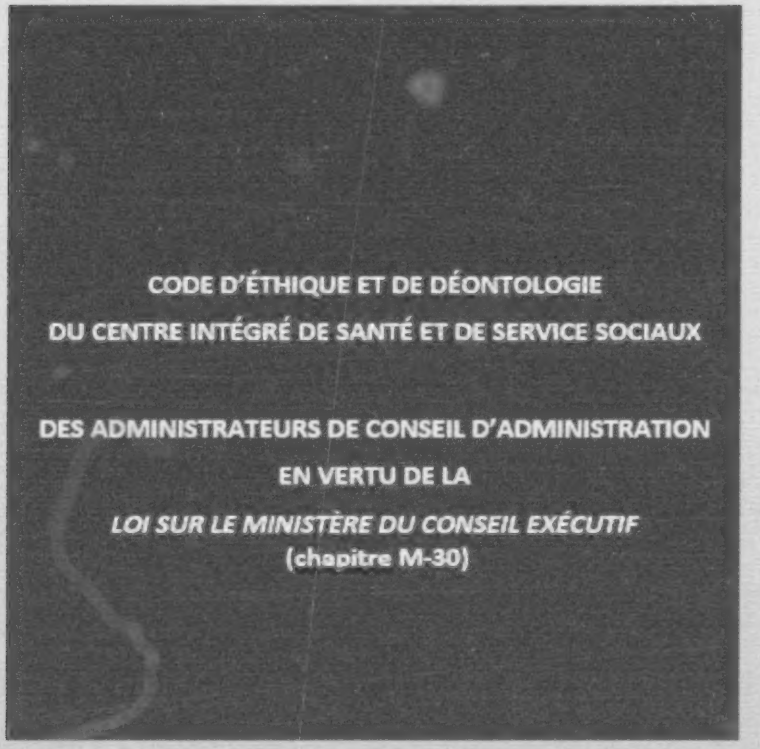

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICE SOCIAUX
DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION
EN VERTU DE LA
LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF
(chapitre M-30)

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 2
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES 3
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE 6
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS 10
Section 4 — APPLICATION 12

Annexe I – Engagement et affirmation du membre 17
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance 18
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre 19
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général 20
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts 21
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts 22
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen 23

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et les devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
d) définit les devoirs et les obligations des membres, même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.

- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).

- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).

- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).

- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).

- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Comité d'examen ad hoc : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

Conseil : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

Conflit d'intérêts : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Famille immédiate : aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave :r Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

Intérêt : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

LSSSS : *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

Membre : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante : tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[6].

Renseignements confidentiels : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou des entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujetti aux règles du présent Code.

5. Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

---

[6] BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur, cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décisions. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- **Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.**
- **Remplir ses devoirs et ses obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.**
- **Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et de services sociaux dans les limites applicables.**
- **Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.**
- **Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.**
- **Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.**
- **Participer activement, et dans un esprit de concertation, à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.**
- **Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code, et ce, en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.**
- **Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.**

8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et ces règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et ce qui est proscrit.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement.*
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

8.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10. Dans un délai raisonnable, après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et aux décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) **avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;**
b) **avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;**
c) **obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;**
d) **avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;**
e) **se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.**

12. Le membre doit déposer et déclarer, par écrit, au conseil d'administration, les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De

plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réels, potentiels ou apparents à l'égard d'une question soumise, lors d'une séance, doit, sur-le-champ, déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4 – APPLICATION

16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif;*
b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi, il est proposé de mettre en place un « comité d'examen *ad hoc* » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

18. Comité d'examen *ad hoc*

18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

18.2 Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

18.3 Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :

a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

18.4 La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

18.5 Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

19.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

19.2 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

19.3 Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie, au membre concerné, les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

19.4 Le membre est informé que l'enquête, qui est tenue à son sujet, est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas

communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

19.5 Tout membre du comité d'examen *ad hoc* qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen *ad hoc*, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

19.7 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

19.8 Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) un état des faits reprochés;
b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.10 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, et ce, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

19.12 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

21. Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi, auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être apporté au conseil d'administration.

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du _____, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**
_____	_____	
Nom du commissaire à l'assermentation	**Signature**	

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du _____ due aux faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du _____, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après *[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :*

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. *[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:*

_____
_____
_____

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, président-directeur général et membre d'office du _____, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après *[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :*

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. *[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:*

_____
_____
_____

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Je demande que le conseil d'administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d'éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Gaspésie

Québec